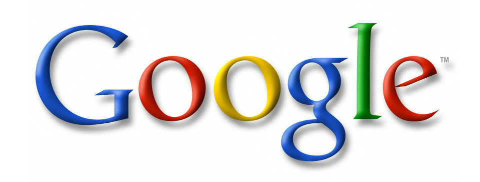
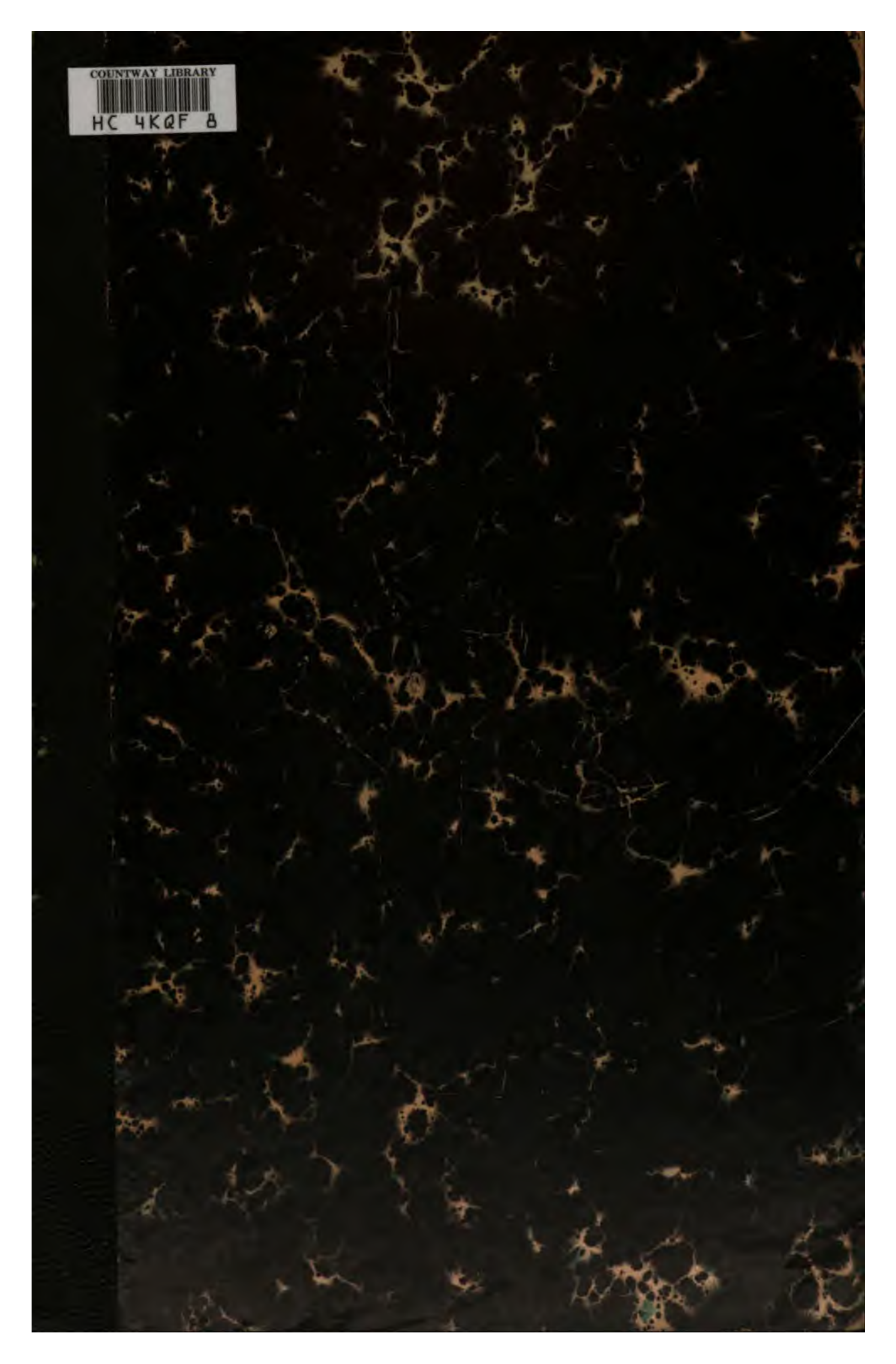



COUNTWAY LIBRARY
HC 4KQF 8


sions
Shelf
FOUNDED 1852
CONDITA A.D.
1630.
BOSTON PUBLIC LIBRARY
Dec 22,

[redacted]

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

1882 — TOME II

PUBLICATIONS DE LA FRANCE MÉDICALE

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant les Mardi, Jeudi et Samedi

Rédacteur en chef :

LE Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières,

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

Dr A. CHEVALLEREAU,
Ancien interne des hôpitaux.
Oculiste consultant de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée.

COLLABORATEURS :

MM. les professeurs GOSSELIN, PANAS, Germain SÉE, LABOULBÈNE, B. BALL, A. FOURNIER, BOUCHARD, BONDET (de Lyon),
MM. GUÉNEAU DE MUSSY, BUCQUOY, FERNET, LE DENTU, RENDU, PROUST, BESNIER, POLAILLON, MAURIAC, DE SAINT-GERMAIN, CADET DE GASSICOURT, DELORE (de Lyon) TH. ANGER, MARTINEAU, DIEULAFOY, CORLIEU, LAUGIER, H. BARTH, BAZY, GENEVOIX, Ern. GAUCHER, CUFFER, GARNIER, ORY.

1882. — TOME II

PARIS
A. DELAHAYE ET E. LECROSNIER
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,
1882

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 1 MARDI 4 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur

SOMMAIRE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

29e Année. — Tome II. — N° 1. Mardi 4 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Note sur trois cas de syphilis héréditaire tardive.

Par G. Berne.
Interne des hôpitaux.

Trois cas de syphilis héréditaire tardive, observés à l'hôpital Trousseau, nous ont paru dignes d'être rapportés. Les déterminations osseuses de la syphilis, chez nos trois malades, ont présenté une grande analogie de siège, de forme, d'aspect clinique. Ajoutons que, chez l'un de nos malades, nous avons pu nous rendre compte de l'effet curatif rapide du traitement anti-spécifique.

Obs. 1. — Léon B... (11 ans), entre le 10 mars 1882 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, dans le service de M. Lannelongue. Le jeune B... présentait à la partie supérieure et postérieure de la fosse temporale droite, une tumeur molle, dépressible à son centre, et dont la périphérie se continuait insensiblement avec les parties voisines.

La pression du doigt permettait de constater une certaine dureté au point de la tumeur qui reposait immédiatement sur la voûte cranienne. Cette tumeur avait paru au mois de décembre 1881. Au mois de janvier 1882, la tumeur était devenue molle ; c'est dans cet état que nous avons pu l'examiner lors de l'entrée du malade dans le service. Des douleurs de tête s'étaient manifestées dès le début de l'affection. Ces douleurs présentaient leur plus haut degré d'intensité pendant la nuit. Notons qu'à diverses reprises, en outre de la céphalée, notre petit malade éprouva des vertiges et des étourdissements. Nulle modification dans la coloration, la température du tégument au niveau de la tumeur.

Au mois de janvier 1882, un matin, en se réveillant, l'enfant éprouva de vives douleurs (localisées au deux cuissses) et fut forcé de garder le lit pendant une semaine. A cette époque, « une petite plaque blanche » étant survenue dans la gorge, un médecin fut appelé, mais son attention ne se porta point sur la tumeur crânienne, très indolente du reste.

Les deux fémurs sont actuellement le siège d'une notable hyperostose, occupant l'extrémité inférieure de ces deux os, non leurs épiphyses, mais la portion terminale de la diaphyse. Il faut noter que durant tout le séjour du malade à l'hôpital, nous n'avons constaté qu'un gonflement subaigu ; les épiphyses sont absolument indemnes et n'ont présenté aucune douleur, soit spontanée, soit provoquée par la pression.

Les douleurs spontanées de la diaphyse, sont fugaces, sourdes, deviennent plus vives la nuit. La pression, même très énergique, n'éveille qu'une douleur très légère.

Chaque fémur est irrégulièrement augmenté de volume : l'hyperostose est plus marquée à la partie interne qu'à la partie externe de l'os ; le gonflement part à 2 centimètres de l'épiphyse et s'élève à 5 ou 6 centimètres au-dessus de cette extrémité osseuse.

L'examen des diverses parties du squelette ne révèle pas l'existence de manifestations osseuses de la syphilis en d'autres points que les deux fémurs et la région crânienne. L'enfant présente un développement exagéré du frontal droit.

La langue est desquamée à son centre ; elle présente de petites rainures, les unes longitudinales, d'autres transversales, l'arrière-gorge est rouge.

L'appareil dentaire offre les modifications suivantes :

La dent canine inférieure gauche manque ; les deux premières molaires inférieures du même côté sont transformées en petits mamelons grenus, d'aspect jaunâtres, à nombreuses aspérités. Les autres dents offrent soit des dentelures, soit de petites dépressions cupuliformes, ou bien l'état grenu et jaunâtre des dents décrites ci-dessus.

La crête palatine est très saillante ; quelques papules jaunâtres, offrant de légères fissures, siègent aux commissures buccales.

Nous n'avons constaté l'existence d'aucune cicatrice, soit à l'anus soit à la verge. La peau de la région fessière est le siège de petites macules blanchâtres, apparaissant plus nettement après une légère pression avec la paume de la main.

L'enfant a été soumis à un traitement sévère ; iodure de potassium 1 gramme par jour, frictions avec l'onguent napolitain pendant huit jours.

Dès la première semaine du traitement, la tumeur commença à diminuer de volume et à présenter une certaine dureté. Dans la suite, la tumeur sembla s'effacer progressivement.

Le traitement précédent fut continué, moins les frictions.

Actuellement, deux mois après son entrée dans le service, l'enfant peut être considéré comme guéri de sa gomme crânienne ; l'hyperostose des deux fémurs est moins douloureuse, moins appréciable.

Nous avons recherché avec soin quels étaient les antécédents personnels et héréditaires chez notre malade. L'enfant aurait eu de la rougeole peu de temps après sa naissance, et serait resté malade jusqu'à l'âge de deux ans.

Les renseignements que les parents nous ont fournis offrent un réel intérêt : la mère nous déclare qu'elle a toujours joui d'une santé

parfaite ; elle nous paraît très vigoureuse, n'a pas eu d'alopécie, n'a jamais été atteinte de maux de gorge rebelles. Elle eut cinq enfants, deux seuls vivent encore ; les autres sont morts peu de temps après leur naissance. La mère ne sait à quelle cause attribuer leur mort, elle nous a appris que sa petite fille (sœur de notre malade), âgée de 9 ans et que nous avons pu examiner), devint sérieusement malade vers l'âge de 4 ans. Jusqu'à cette époque elle n'avait eu que de la kératite légère.

En 1877, elle vit apparaître un gonflement notable de l'extrémité inférieure de l'humérus droit. Elle eut une tumeur à ce niveau ; de la suppuration s'établit au bout d'un an. En examinant l'enfant, on constate l'existence d'une cicatrice dont l'aspect paraît caractéristique : c'est une sorte de cratère adhérent à l'os (il y eut issue spontanée de petits séquestres durant la suppuration). L'hyperostose est encore très appréciable.

Cette petite fille a perdu ses dents à l'âge de 7 ans. Les incisives de la mâchoire supérieure sont très rudimentaires.

Le tégument de la région fessière présente de petites macules blanchâtres, apparaissant nettement après une pression légère. La mère nous apprend que de petites taches rosées avaient existé dans cette région, dès la naissance. Rien à l'anus et à la vulve.

Le père, homme maladif, alcoolique, nous déclare avoir eu un chancre en 1861. Il ajoute qu'il prit de la liqueur de Van Swieten et fut soumis à un traitement régulier au moyen de pilules et de préparations d'iodure de potassium.

Ce serait donc longtemps après l'apparition du chancre chez le père, que ces deux enfants seraient nés.

Obs. III. — *Cas de syphilis tertiaire* (1). — La nommée Pauline C..., âgée de 11 ans, entre le 26 avril 1882, dans le service de M. Cadet de Gassicourt.

Cette petite fille est malade depuis un mois, si nous ajoutons foi aux renseignements que nous donne sa mère. L'enfant était atteinte de coryza chronique datant de trois ans. C'est pour cette affection qu'elle avait été adressée à l'hôpital de Berk-sur-Mer. Ce ne serait qu'au retour de la petite malade à Paris qu'on se serait aperçu de l'énorme développement de son abdomen. Les veines du tégument sont fort dilatées. L'abdomen est très distendu. De l'ascite existe, mais en médiocre abondance. La palpation permet de constater un état tout particulier du foie ; cet organe est d'une dureté ligneuse ; son bord tranchant offre des nodosités dures et de volume variable.

(1) Cette observation a été recueillie dans le service de M. Cadet de Gassicourt. Nous remercions ce savant maître et notre cher collègue Broussin, d'avoir bien voulu nous permettre de recueillir et de publier cette observation.

Joignons à ces renseignements que la zone de matité générale du foie n'a pas sensiblement dépassé les limites physiologiques.

Procédant à l'examen du squelette, M. Cadet de Gassicourt et notre maître, M. Lannelongue, nous ont montré diverses lésions éclairant singulièrement le diagnostic de l'affection hépatique : les extrémités inférieures des deux fémurs offrent une hyperostose notable, intéressant toute l'épaisseur de l'os.

L'extrémité supérieure de chaque tibia est également le siège d'une hyperostose très appréciable.

L'axe des deux jambes se trouve dévié en dehors.

L'extrémité supérieure de l'humérus droit présente une saillie remarquable de l'épitrochlée.

Le système dentaire offre des altérations morbides dignes d'intérêt.

La jeune malade ne possède qu'une seule incisive. La 2ᵉ canine inférieure droite manque. La 2ᵉ canine droite est très rudimentaire.

La 1ʳᵉ molaire droite supérieure présente un sillon vertical et un état de division exagérée.

La 2ᵉ incisive et la canine supérieure gauches manquent.

Les dents offrent en général des dentelures et une tendance à la multiplication des cuspides. L'altération cupuliforme, si bien décrite par M. le professeur Parrot, s'observe également sur divers points de l'appareil dentaire.

Nous avons constaté, de plus, une desquamation totale de la langue : trois sillons se montrent très apparents : l'un supérieur, à la réunion du quart postérieur avec les trois quarts antérieurs de la langue.

Un 2ᵉ sillon, rudimentaire, au niveau duquel existe une petite ulcération linéaire est facile à observer, existe au niveau du tiers moyen de la face dorsale de la langue. Ajoutons qu'un 3ᵉ sillon siège au niveau du un quart antérieur de la langue.

Rien à l'anus ni à la vulve.

Cicatrices fessières cutanées. Croûtes papuleuses à la commissure labiale gauche et au pourtour des narines.

Trois petites tumeurs, dures, siègent à l'extrême limite inférieure de la paroi interne de l'aisselle droite ; ces tumeurs roulent sous le doigt et nous paraissent être des ganglions hypertrophiés.

Au niveau de la suture bifrontale, et un peu à gauche, siège une petite exostose très dure, non douloureuse.

Dans ce troisième cas de syphilis tertiaire infantile, nous avons recherché quelle part revenait à l'hérédité, la mère n'a voulu nous donner aucun renseignement sur elle-même ; elle nous a déclaré que son mari était fréquemment malade.

Rappelons que M. le professeur Parrot signale ces lésions hépatiques comme étant de fréquentes manifestations de la syphilis héréditaire. Le même auteur déclare, dans ces leçons cliniques, que la coexistence des lésions hépatiques et des lésions osseuses est un phénomène très habituel dans le cours de la syphilis héréditaire tertiaire.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur l'histoire de nos deux premiers malades, nous voyons que les lésions qui les concernent peuvent être rattachées à la forme tertiaire de la syphilis héréditaire. Le siège de la tumeur crânienne, chez le petit garçon, l'aspect clinique propre à l'hyperestose des deux fémurs, la localisation précise de la lésion à ce point de la diaphyse que notre excellent maître M. Lannelongue appelle le bulbe de l'os, les lésions de l'appareil dentaire, les manifestations cutanées de la syphilis, mettent hors de doute l'existence de cette diathèse. La rapidité d'action des moyens thérapeutiques chez l'un de nos malades nous semble constituer une preuve de plus en faveur de ce diagnostic.

Nous ne saurions oublier combien il est difficile d'établir l'hérédité de la syphilis, en général; mais, dans le cas particulier, l'apparition d'accidents de même nature, chez deux enfants issus d'un même père syphilitique, nous paraît être une notion très précieuse. L'histoire de la première petite malade vient à l'appui de l'opinion de M. Lannelongue : pour cet auteur, en effet, les lésions osseuses de la syphilis héréditaire n'auraient jamais été observées avant l'âge de 4 ou 5 ans.

Chez le petit garçon, la naissance eut lieu onze ans après que le père eut contracté l'accident primitif, treize ans après chez la petite fille. Nous rapprocherons volontiers ces cas de ceux observés à Middlesex Hospital, par le Dr Coupland, qui rapporte deux observations, d'après lesquelles la syphilis héréditaire se serait manifestée chez l'un de ses malades treize ans après la naissance, et chez une autre dix-huit ans après. Cette dernière malade était issue d'une famille où plusieurs enfants avaient succombé peu de temps après leur naissance.

En ce qui concerne la troisième observation que nous rapportons ici, nous rappelons que l'hérédité ne nous paraît pas être nettement établie. Toutefois, nous croyons devoir attirer l'attention sur les manifestations osseuses et cutanées et sur la coexistence de lésions hépatiques relevant de la diathèse syphilitique chez notre dernière malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1882. — *Présidence* de M. LABBÉ.

LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE. — *M. Farabeuf*, à l'occasion du procès-verbal, indique que l'observation de M. Dubrueil montre un nouveau danger dans la ligature de la carotide externe; M. Dubrueil a lié au-dessous de la thyroïdienne.

Dans ces conditions, M. Farabeuf demande si le lieu d'élection de la ligature ne doit pas être imposé. Or, ce lieu d'élection existe ; M. Guyon l'a déjà indiqué il y a une vingtaine d'années, il est dans un segment de 10 à 12 millimètres, compris entre l'origine de la thyroïdienne supérieure et celle de la linguale. Un chirurgien américain, qui a fait de nombreuses recherches à ce sujet, lui a trouvé à peu près la même longueur.

C'est le lieu d'élection anatomique: car la thyroïdienne supérieure naît toujours très près ou au niveau de la bifurcation de la carotide primitive. La linguale naît toujours à 12 millimètres au moins au delà de cette bifurcation, et aucune de ses anomalies n'a pour effet de raccourcir la longueur de ce segment.

C'est aussi le lieu d'élection chirurgical, car on ne lie la carotide que pour des affections situées dans des régions où se rendent les artères qui naissent au delà de ce segment.

La recherche de la carotide externe est difficile dans ce point ; aussi ne saurait-on trop multiplier les points de repère. M. Farabeuf en apporte un nouveau qui rend l'opération plus facile ; c'est la grande corne de l'os hyoïde dont les auteurs n'ont pas parlé jusqu'ici.

Jusqu'ici les auteurs avaient recommandé différents moyens ; les uns recommandant de découvrir la carotide primitive, puis de descendre jusqu'à la carotide externe ; c'est un mauvais moyen : on fait ainsi une vraie dissection du cou.

D'autres ont recommandé de chercher une collatérale ; c'est plus difficile que la recherche de la carotide externe elle-même.

M. Guyon a enfin recommandé de rechercher le grand hypoglosse, mais sa situation est variable, car il peut se trouver jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'os hyoïde, de sorte qu'on pourrait, si on voulait le voir à tout prix et lier au-dessous, être exposé à lier au-dessus de la linguale et de la faciale.

L'os hyoïde n'offre pas tous ces inconvénients : il est *tangible* et superficiel. La carotide externe est au contact de la grande corne, mais du côté de la colonne vertébrale. Il conduit nécessairement au lieu d'élection, car cette grande corne est toujours située entre l'origine de la thyroïdienne supérieure et celle de la linguale.

Cette corne trouvée, on peut voir le plus souvent au-dessus l'hypoglosse qui croise transversalement le carotide externe.

Enfin, on trouve un tronc veineux résultant de la réunion des veines faciale, linguale, thyroïdienne, situé obliquement au-dessous.

On a donc ainsi un triangle formé en haut par le grand hypoglosse, en bas par le tronc thyro-linguo-facial, en dehors par la carotide interne; c'est dans ce triangle qu'est le lieu d'élection de la ligature. Quand on a cette régularité, la ligature n'est qu'un jeu. Mais quelquefois ce tronc veineux est situé sur la grande corne de l'os hyoïde; il faut alors la couper, comme l'a fait M. Verneuil. D'autres fois, les veines qui le constituent ne se réunissent pas et forment un grillage au devant de la carotide externe. Toutes ces dispositions augmentent les difficultés.

M. Després ne connaît pas d'opération plus facile que la ligature de la carotide externe, en suivant le précepte, vaguement indiqué par Malgaigne, d'inciser le long du bord du sterno-mastoïdien et d'ouvrir sa gaine. Il l'a fait une fois sur le vivant; il a cherché l'os hyoïde qui a été le milieu de son incision; il a incisé la gaine du sterno-mastoïdien, a vu par transparence la zone décrite par M. Farabeuf, a coupé la paroi postérieure de cette gaine en décolant et dénudant l'artère l'a liée. Il a fait cette opération pour un anévrysme de la région temporale qui avait été incisé et avait donné lieu à des hémorrhagies inquiétantes. L'opération a été faite en pleine fièvre et en pleine suppuration. Aussi, au quatrième jour, a-t-il eu une hémorrhagie secondaire au niveau de la ligature; il a été obligé de lier la carotide primitive. Le malade est mort d'accidents cérébraux et septicémiques.

M. Tillaux considère cette ligature comme une des plus difficiles, parce qu'on manque de points de repère tangibles. Nous n'avions que l'hypoglosse de M. Guyon, la présence en dehors de la carotide interne, la présence de collatérales sur le carotide externe. L'os hyoïde est un autre point de repère qui donne plus de précision à l'opération et qu'il accepte.

Quand on cherche la gaine du sterno-mastoïdien, on s'égare.

L'incision doit partir de l'angle de la mâchoire et aboutir au bord antérieur du sterno-mastoïdien au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Sur le vivant on sent les battements, ce qui diminue la difficulté des recherches. Du reste, M. Guyon a donné le grand hypoglosse, non comme point de repère, mais comme un moyen de reconnaître la carotide externe de l'interne.

Le point le plus important (car l'hyoïde peut être écarté et masqué), c'est l'existence des collatérales; il conseille de ne pas placer le fil avant d'avoir vu une collatérale.

M. Le Dentu considère que le point important est de bien commencer. Les auteurs classiques ne donnent pas assez le conseil de commencer les incisions très haut ; pour lui il empiète toujours sur la région de la parotide dont il n'ouvre jamais la loge.

Mais, de plus, il y a des ganglions. Dans ses exercices de médecine opératoire, il s'était fait une règle d'en extirper un ou deux quand ils étaient trop gros ; et il croit qu'on pourrait le faire sur le vivant en pareil cas, mais avec prudence et en jetant des fils sur le hile.

Le tronc veineux doit encore servir de guide, car il est toujours situé au-dessous du point où on doit lier.

M. Verneuil a fait trois fois la ligature de la carotide externe. Jusqu'ici, il ne connaît pas de meilleur procédé que celui de M. Guyon indiqué par M. Tillaux· Ce qu'il faut avant tout, c'est une plaie exsangue. Aussi n'hésite-t-il pas à couper, entre deux ligatures, les troncs veineux, même les plus gros pour se donner du jour.

Quant aux ganglions, il faut éviter de les enlever, car ils émettent des veines sans valvules qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies graves comme la section du tronc même de la jugulaire. Si on les enlève, il faut auparavant lier les vaisseaux qui s'y rendent.

M. Farabeuf n'a pas voulu décrire le procédé opératoire de la ligature ; il n'a voulu qu'indiquer le point de repère nouveau qu'il propose.

L'extirpation des ganglions est dangereuse ; elle a causé quelquefois la mort ; ils sont gênants, mais on peut les tourner.

Il accepte l'incision de M. Guyon, mais il conseille d'ouvrir la gaîne du sterno-mastoïdien.

M. Le Dentu en parlant d'extirpation des ganglions n'a voulu parler que d'extirpations prudentes, et après ligature des vaisseaux du hile. Du reste, il n'est pas de chirurgien à qui il ne soit arrivé de faire de pareilles extirpations sans danger.

M. Marchand indique que tous les livres classiques donnent le conseil de faire partir les incisions du milieu de l'intervalle qui sépare l'angle de la mâchoire du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Pour lui, la difficulté consiste dans la discission du tissu cellulaire dense et serré qui engaine les vaisseaux.

M. Mouchet (de Sens) lit une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur droit pour une névralgie rebelle du trijumeau avec tic douloureux de la face ; il lit une autre observation d'expulsion de calcul très volumineux à travers la paroi vésico-vaginale.

Présentation de malade. — *M. Polaillon* présente un malade auquel il a fait l'extirpation totale du calcanéum pour une ostéite nécrosique de l'os : la reproduction de l'os, quoique un peu incomplète, est plus que suffisante pour permettre la marche et la course sans claudication.

M. Le Dentu fait observer que ce cas vient confirmer la règle qui veut que les reproductions du calcanéum ne peuvent avoir lieu que si le sujet n'a pas dépassé vingt ans : le meilleur moment est entre dix et quinze ans. P. BAZY.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie antiseptique et théorie des germes, œuvres réunies de *J. Lister*, traduction du Dr *Gustave Borginon*. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1882.

Il serait difficile de donner une appréciation sur ce livre qui est l'ensemble de la réunion des mémoires et discours de M. Lister sur la méthode antiseptique. On ne juge pas, on ne discute pas un article de foi : on l'approuve ou on ne l'approuve pas; telle est l'impression que l'on ressent en lisant la préface du traducteur qui ne craint pas d'appeler ce livre un évangile chirurgical. Heureusement pour le succès de sa méthode, M. Lister ne se contente pas d'affirmations; il nous apporte des faits; son livre, à part quelques chapitres de doctrine, est un recueil d'observations. Il nous montre ses premières tentatives dans la recherche de l'asepsie ; il nous indique comment, éclairé par les recherches de M. Pasteur, il a été conduit à employer des substances capables d'empêcher toute fermentation, toute putréfaction.

Si je ne craignais d'employer un mot hors de saison pour désigner des choses aussi pratiques, je dirais que M. Lister est un assoiffé d'idéal ; il est toujours à la recherche de la perfection. Dans chacun de ses articles depuis 1867, époque du début de ses premiers essais, nous trouvons un perfectionnement qui a pour but d'arriver à cet idéal qu'il cherche toujours : l'asepsie complète, l'absence complète de suppuration, le pus étant l'indice de la fermentation. Aussi ne néglige-t-il rien pour obtenir ce résultat, s'occupant des moindres détails qui peuvent le conduire au but recherché. Chaque fois que le moindre petit échec s'oppose à la réussite, quelque minime qu'elle soit, il recommence ses tentatives, il recherche jusqu'à ce qu'il ait trouvé. Aussi est-il arrivé à cette conclusion, soutenue depuis par tous ses adeptes, j'allais dire ses coreligionnaires, que tout accident doit être mis sur le compte du chirurgien. Quiconque s'écarte des règles qu'il a trouvées en sera puni; quiconque les suit sera récompensé. On ne peut vraiment se défendre de cette idée, en lisant les pages de ce livre, qu'on a devant soi un livre de foi, auquel il faut croire aveuglément : on croirait lire l'œuvre d'un méthodiste ou d'un puritain; mais ce qui donne à cette œuvre une haute valeur, c'est la conviction avec laquelle l'auteur décrit tous ses procédés, avec laquelle il en conseille l'application aux autres, étayant à chaque pas l'écha-

faudage par des faits tirés de sa pratique et de celle des autres, ne craignant pas d'affronter la discussion, d'accepter et de réfuter les objections faites à sa doctrine, montrant par des exemples et des statistiques l'influence bienfaisante exercée par les pansements antiseptiques sur la marche des plaies et l'état sanitaire de son hôpital. Aujourd'hui tous ces faits sont connus ; mais combien il est plus intéressant de les lire dans l'auteur lui-même, de voir naître, grandir et prospérer cette méthode qui donne aujourd'hui d'aussi beaux résultats. En outre l'ouvrage, comme nous l'avons dit, est riche d'observations très instructives, semé de réflexions qui n'ont pas toutes pour but l'application du pansement antiseptique, mais se rapportent à des sujets variés de pathologie chirurgicale. Dans cet ordre d'idées, il nous faudrait un long espace pour parler de toutes les affections chirurgicales dont on trouve les observations et qui ont bénéficié de la méthode; aussi n'y insisterons-nous pas. Nous ne voulons pas non plus donner l'analyse des différents mémoires qui composent le livre. Qu'on sache seulement que c'est là l'œuvre d'un auteur dont l'éloge, au point de vue chirurgical, n'est plus à faire, mais aussi d'un auteur consciencieux, préoccupé avant tout d'être utile à la science et à l'humanité. Ceux qui sont convaincus de l'excellence de la méthode listérienne ne pourront que trouver dans la lecture du livre un encouragement pour persévérer dans leurs efforts. Beaucoup de ceux qui n'y sont pas encore ralliés pourront être convaincus par la bonne foi, la sincérité qui éclatent à chaque ligne et qui mettront dans l'esprit du lecteur beaucoup plus d'enthousiasme que n'en a l'auteur lui-même. Celui-ci nous paraît être trop amoureux de la vérité, vouloir trop se garder des désillusions pour qu'on puisse l'accuser d'irréflexions, et, qu'on nous passe l'expression, d'emballement.

Qu'il nous soit permis, en terminant, d'adresser nos remerciements au traducteur qui a eu l'heureuse idée de mieux faire connaître et apprécier M. Lister en publiant en français ses œuvres originales. Il aurait pu néanmoins, sans crainte d'altérer la pensée de l'auteur anglais, donner à ses phrases une tournure plus française. C'est un très mince reproche qui n'altère en rien les qualités de l'œuvre. Le traducteur aura voulu être aussi sincère que l'auteur.

P. Bazy.

NÉCROLOGIE

L'un des doyens du journalisme médical français, Jean-Raymond-Jacques-Amédée Latour, né à Toulouse, le 12 juin 1805, est mort le 28 juin, à Châtillon-sous Bagneux, où il vivait retiré du monde et aussi un peu du journalisme, dans lequel il avait tenu une place importante pendant près de cinquante ans.

Arrivé à Paris sans fortune, Latour chercha à vivre de sa plume. Il se fit recevoir docteur le 20 août 1834, et sa thèse inaugurale, qui a pour titre : *Propositions sur l'art de guérir*, est un résumé aphoristique, d'une quinzaine de pages, qui ne révèle ni un écrivain, ni un philosophe, ni un praticien. Si Latour a ambitionné ou touché les deux premières qualités, il est toujours resté étranger à la troisième. Néanmoins, il était encore sur les bancs de l'École qu'il travaillait à la rédaction du *Cours de pathologie interne* d'Andral, qu'il fit paraître en trois volumes, en 1836.

L'année suivante, Latour se mettait à la tête du journal la *Presse médicale*, qui n'a vécu qu'un an (4 janvier 1837), et qui était, sous un nouveau titre, la continuation du *Journal hebdomadaire des progrès des sciences médicales*.

Il devint alors rédacteur en chef d'un nouveau journal qui prit pour titre *Gazette des médecins praticiens* (1839-1840).

Dans le feuilleton du 1er mars 1840 de ce journal, en rendant compte du concours pour la chaire de pathologie interne, qui venait de se terminer par la nomination de Piorry, Latour avait fait quelques allusions visant Gendrin. Ce dernier, se trouvant attaqué dans son honneur, porta l'affaire en police correctionnelle, et un jugement du 3 avril 1840 condamna Latour à 200 francs d'amende, 2,000 francs de dommages-intérêts, à l'insertion du jugement dans le journal, avec contrainte par corps. Ce dernier point reçut son exécution qui ne fut pas de longue durée.

Ce début n'était guère encourageant pour le journaliste, qui apprit à ses dépens ce qu'il en coûte de dire ce qu'on pense. Il voulut alors se tourner du côté de la pratique, et écrivit le *Traitement préventif et curatif de la phthisie pulmonaire par le chlorure de sodium* (1840)

La *Gazette des médecins praticiens* disparut et fusionna ses abonnés et son rédacteur en chef avec ceux de l'*Esculape*, journal fondé par Furnari, et dans lequel Am. Dechambre écrivait ses *Mouches*.

Quelque temps après, il passa à la *Gazette des hôpitaux*, où il donna, sous la signature de Jean Raymond, — deux de ses prénoms —, peut-être les meilleurs de ses feuilletons.

En 1847, eut lieu un congrès général des médecins de France. Latour rêvait depuis longtemps une association générale des médecins, pour soutenir les uns, moraliser les autres, combattre le charlatanisme, etc., etc. Il réussit en partie dans son entreprise et, au mois de mai de l'année suivante, il recevait la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Il fallait un journal pour défendre les intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du corps médical. C'est alors que fut créée l'*Union médicale*, qui nomma Latour rédacteur en chef.

Latour eut alors sa place assurée pour le présent et pour l'avenir ; il combattit pour les autres et un peu pour lui, donna des coups et en reçut ; mais il était sans quartier pour ceux qui ne partageaient pas ses opinions sur l'Association générale, sa fille d'adoption.

Dans l'*Union médicale*, Latour se réservait les feuilletons du samedi, qu'il signait du pseudonyme *Simplice*. Il en est parmi ceux là qui peuvent être considérés comme des modèles du genre. Latour avait de la verve, de l'esprit, de la droiture, de l'honnêteté, toutes qualités qu'on ne trouve pas toujours réunies.

Il savait être à propos léger, badin, incisif, mordant, selon les gens, les temps et les circonstances. Je ne sais s'il se fit des ennemis, chose si commune pour celui qui tient une plume ; mais, à coup sûr, il se fit de nombreux et chauds amis, qui demandèrent et obtinrent, le 14 août 1868, la rosette d'officier de la Légion d'honneur pour le vieux et infatigable lutteur, et, en 1870, un fauteuil d'associé libre à l'Académie de médecine. Il assistait régulièrement aux séances, mais ne prenait jamais la parole.

Depuis quelques années, sa plume, sans avoir perdu de sa finesse, avait perdu de son mordant, de sa verve. Il n'a manqué à Latour qu'un ami, pour remplir près de lui le rôle de Gil Blas auprès de l'archevêque de

Grenade. Néanmoins Latour aura occupé dans le journalisme médical une des places les plus dignes, les plus honorables et lesmieux remplies. Sa vie a été une vie de lutte et de labeur dans la branche la plus improductive de la médecine.

Ses obsèques ont eu lieu dans la petite église de Châtillon, au milieu d'un concours de confrères et d'amis, et M Dechambre, comme académicien et comme journaliste, a retracé la vie modeste et laborieuse de son collègue et ami. A CORLIEU.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 4 au 8 juillet 1880). —*Mardi*, 4. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Sappey, Panas et Berger. (*Epreuve pratique*: Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (nouveau régime (oral) 1r partie, anatomie et histologie): MM. Robin, Le Fort et Bouilly.—4e: MMe G. Sée Brouardel et Grancher.—4e: MM. Bouchard, Peter et Joffroy. — 5e (Charité): MM. Richet, Jaccoud et Charpentier. — 5e (Charité) MM. Pajot, Ball et Richelot.

Mercredi, 5. — Doctorat, 2e (Médecine opératoire): MM. Trélat, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique*: Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) 3e (ancien régime): MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 3e (ancien régime): MM. Bouchardat, Gariel et Bocquillon. — 3e (ancien régime): MM. Regnauld, Parrot et Henninger. — 2e (fin d'année): MM. Béclard, Cadiat et Ch. Richet. —5e (Hôtel-Dieu): MM. Charcot Guyon et Pinard. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Depaul, Duplay et Rendu.

Jeudi, 6. — Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Richet, Le Fort Peyrot. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.)— 2e (ancien régime, oral): MM. G. Sée, Jaccoud et Bouilly. — 2e (ancien régine): MM. Bouchard, Panas et Debove. — 2e (ancien régime): MM. Lasègue, Brouardel et Berger. — 4e: MM. Hardy, Ball et Legroux. — 1er (officier de santé) : MM. Sappey, Cornil et Richelot.

Vendredi, 7. —Doctorat, 1er (dissection): MM. Béclard, Tillaux et Marchand. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (oral): MM. Vulpian, Trélat et Remy. — 1er (nouveau régime, physique, chimie, histoire naturelle): MM. Baillon, Regnauld et Gay. — 1er (Nouveau régime, physique, chimie, histoire naturelle): MM. Bouchardat, Hanriot et Bourgoin. — 1er (nouveau régime, physique, chimie, histoire naturelle): MM Fournier, Gariel et Henninger. — 2e (nouveau régime (oral), 1re partie, anatomie et histologie): MM. Verneuil, Guyon et Farabeuf. — 2e (ancien régime. oral, MM. Parrot, Potain, et Terrillon. — 3e (fin d'année): MM. Hayem, Straus et Reclus.

Samedi, 8.—Doctorat, 1er (dissection): Sappey, Panas et Bouilly. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (nouveau régime, physique, chimie, histoire naturelle): MM. Robin, Laboulbène et Gay. — 2e (ancien régime. oral): MM. Bouchard, Peter et Richelot. — 2e (ancien régime, oral): MM. Le Fort, Jaccoud et Legroux. — 5e (Hôtel-Dieu): Pajot, Hardy et Berger. — 5e (Hôtel-Dieu): MM. Richet, Lasègue et Charpentier.

Samedi, 17. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses): Composition écrite.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du président de la République, en date du 21 juin 1882, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, M. Léon (Auguste-Anatole), médecin professeur de la marine, a été promu au grade de médecin en chef.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 3

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 2 JEUDI 6 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 2 Jeudi 6 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 5 *juillet* 1882.

La Faculté a fait hier les frais de la séance académique, en la personne de MM. les professeurs B. Ball et Germain Sée.

M. le professeur Ball a rapporté l'histoire d'un malade atteint de crétinisme sporadique et non héréditaire, et qu'il appelle le crétin des Batignolles. C'est en effet à Paris même qu'est né ce malade, sans aucun antécédent héréditaire, sans mélange de goitre; il se rattache donc au type classique du crétinisme, sans qu'on puisse retrouver chez lui d'autre cause que de mauvais traitements à la fin de sa première année d'existence.

Aujourd'hui c'est un enfant de 31 ans, mais un enfant décrépit et vieillot, haut d'un mètre, à la figure imberbe et sans expression, à la tête grosse mais irrégulière, et dont M. Ball a pittoresquement comparé la physionomie à celle d'un fœtus conservé dans un bocal. L'aspect, on le voit, est peu séduisant.

L'intelligence est faible, le malade sait à peine les lettres de l'alphabet et il éprouve beaucoup de difficulté à s'exprimer; mais il connaît les personnes qui l'entourent et sait distinguer les bons des mauvais procédés. Il a un peu de mémoire.

Au point de vue moral, c'est un enfant doux et affectueux, plein de bons sentiments. Il est susceptible d'une certaine amélioration et déjà, grâce aux leçons qu'il a reçues à l'asile Saint-Anne, il est notablement supérieur à ce qu'il était au moment de son entrée.

M. le professeur Germain Sée a étudié les propriétés physiologiques et thérapeutiques d'un nouveau médicament qui peut jouer un rôle considérable en thérapeutique. C'est le muguet de nos jardins, le *convalaria maïalis*, dont M. Hardy, chef des travaux chimiques au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, l'inventeur de la pilocarpine, a déjà pu extraire un alcaloïde qu'il appelle la convallarine. Le muguet a une action comparable à celle de la digitale, sans avoir son influence parfois fâcheuse sur le tube digestif. Ses effets diurétiques, d'après M. Sée, sont des plus remarquables; il régularise rapidement les contractions cardiaques et abaisse le pouls d'une façon très notable; aussi son emploi est-il nettement indiqué dans toutes les affections du cœur.

A. Ch.

Quelques remarques sur les frottements pleurétiques

Par M. Albert MATHIEU.
Interne des hôpitaux.

L'autobiographie pathologique présente des inconvénients et l'on éprouve quelque difficulté à se mettre soi-même en scène. Cependant il est des choses que le malade seul peut bien observer et bien décrire. C'est ainsi qu'ayant eu récemment une pleurésie, je me suis trouvé en bonne situation pour étudier les frottements pleuraux avec attention et assiduité.

Les remarques que j'ai pu faire ne sont peut-être pas sans intérêt ; peut-être pourront-elles servir à éclairer le mode de production des frottements pleurétiques dans certaines conditions. C'est dans cet espoir que je publie la présente note.

Dans la seconde semaine de janvier de cette année, j'ai été pris de fièvre, de malaise, de point de côté ; c'était le début d'une pleurésie dont l'existence fut confirmée quelques jours après par l'auscultation. Sans doute elle l'eût été plus tôt, si l'examen de la poitrine avait été pratiqué. Trois semaines après, vers la fin de janvier, mon excellent maître M. Proust, qui me soignait, a déclaré que l'épanchement avait disparu. Depuis quelques jours, on avait vu le souffle s'éteindre et la ligne d'égophonie s'abaisser progressivement.

Trois ou quatre jours plus tard se montraient les frottements pleurétiques. Ils ont persisté jusqu'au commencement du mois d'avril.

J'en avais nettement conscience, et bien souvent, en me faisant ausculter par des personnes compétentes, j'ai pu constater que la sensation de craquement léger, de thrill intrathoracique, que j'éprouvais, coïncidait exactement avec des frottements pleuraux bien déterminés. Jamais je ne me suis trouvé en désaccord avec les personnes qui m'auscultaient et j'ai pu m'assurer ainsi que je pouvais très bien étudier moi-même les circonstances diverses de leur apparition, les conditions différentes de leur augmentation ou de leur diminution d'intensité.

J'ai bien vite reconnu que ces frottements ne se montraient pas d'une façon permanente, qu'ils apparaissaient ou disparaissaient sous l'influence de divers états physiologiques.

Le matin, au réveil, ils faisaient complètement défaut. Il était possible de faire les inspirations les plus étendues et les plus précipitées sans les percevoir. Ils ne tardaient pas à se montrer sous l'influence du lever, de la station debout et surtout de la marche. Ils augmentaient encore notablement après manger et boire. Marcher un peu vite, causer un peu trop les ramenaient avec une grande régularité. Il suffisait aussi, pour les faire naître, de se maintenir quel-

que temps en expiration continue, comme dans l'effort prolongé.

Il résulte donc nettement de tout ceci que les frottements pleurétiques subissent des alternatives de hausse et de baisse. Très évidemment ils sont dus à l'existence sur les plèvres de rugosités et d'inégalités, de telle sorte que les mouvements d'ascension et de descente du poumon, muets à l'état normal, deviennent vibrants et chantants dans les conditions nouvelles de dépoli. C'est à la fin de l'inspiration que ces frottements se montrent, sans doute parce qu'alors le poumon est dilaté par l'air ingéré.

Leur variation dans le temps indique évidemment qu'une cause particulière, active, rapidement changeante, est susceptible d'amener dans la production de ces bruits des modifications sensibles. L'exagération des mouvements respiratoires, tant au point de vue du rhythme que de l'intensité, ne suffit pas à amener ces frottements, puisque, dans certaines conditions de repos, au lit avant le lever en particulier, il est impossible par ces moyens de provoquer leur apparition.

Il est vraisemblable que l'état de la circulation pulmonaire n'est pas sans influence sur ces variations.

Il ne peut guère y avoir de pleurésie sans que les lobules pulmonaires soient atteints, sans qu'il existe à la surface du poumon une lame plus ou moins profonde, plus ou moins régulière de broncho-pneumonie. Ne peut-on pas supposer que, lorsque l'inflammation s'est éteinte, lorsque l'épanchement s'est retiré, les lobules pulmonaires conservent pendant quelque temps une susceptibilité plus grande? Leurs vaisseaux n'ont-ils pas tendance à se dilater plus facilement que ceux des lobules relativement indemnes? Ne se produit-il pas par ce mécanisme des soulèvements plus ou moins marqués qui viennent exagérer le dépoli et les rugosités des surface, pleurales, ou tout au moins les rendre plus aptes à produire des frottements?

Ce n'est là, bien entendu, qu'une hypothèse. Il faut remarquer toutefois que les diverses circonstances mentionnées plus haut semblent bien de nature à provoquer la turgescence pulmonaire.

Comme tout le monde, j'ai pu remarquer que les frottements se produisent surtout à la fin de l'inspiration. C'est à ce moment qu'on les entend par l'auscultation, qu'on les perçoit par le palper, et que le malade en a conscience. Je les ai cependant sentis quelquefois à la fin d'une expiration forcée; ils sont alors faibles, lointains et comme assourdis. Sans doute les bases des lobules dilatés et soutenus frottent plus facilement à la fin de l'inspiration, et le poumon distendu devient une véritable caisse de renforcement. Pour des raisons contraires, les frottements deviennent petits, misérables dans l'expiration. Ils peuvent échapper alors à l'auscultation.

Chose à noter, la toux et les frottements se montrent parallèlement et sous l'influence de la même cause, très probablement.

Par sa durée, par son évolution, par mes antécédents héréditaires et personnels, la pleurésie dont j'ai été atteint paraît bien être de nature rhumatismale. Est-ce à cette essence arthritique qu'il faut attribuer la disparition brusque des frottements et de la toux au commencement d'avril? En deux jours ils ont cessé de se faire sentir. Faut-il en conclure que la tendance du poumon à la congestion a disparu comme disparaissent parfois les manifestations rhumatismales, avec une véritable brusquerie?

Quoi qu'il en soit, je ne veux pas trop généraliser et appliquer indictinctement à toutes les pleurésies les réflexions qui précédent. Sans doute lorsque la plèvre est fortement désorganisée, quand il existe d'épaisses fausses membranes, les conditions ne sont plus les mêmes. Sans doute, la pleurésie rhumatismale à marche rapide, à lésions relativement superficielles, se prête facilement à la congestion passagère dont j'ai invoqué l'existence.

Ne voit-on pas quelque chose de très semblable à la suite des arthrites, de l'hydarthrose rhumatismale du genou, par exemple? Longtemps encore après que l'inflammation a cessé et que l'épanchement s'est retiré, il suffit d'une irritation légère pour qu'il se fasse de la chaleur des téguments et qu'il se reproduise du liquide dans la synoviale.

Cette susceptibilité particulière de la plèvre, cette tendance du poumon à la congestion paraissent comporter des indications hygiéniques et thérapeutiques spéciales.

Il va de soi que l'on devra à cette période de la maladie éviter tout ce qui peut amener ces frottements; mais ne semble-t-il pas que c'est à ce moment qu'il importerait d'agir par des révulsifs et des ventouses de façon à lutter contre cette tendance dangereuse à la congestion des parties récemment enflammées? Cette notion du rôle de la congestion pulmonaire dans la production des frottements pleuraux pourrait amener à modifier ce que l'on fait pour le traitement de la pleurésie rhumatismale. Il faudrait peut-être la laisser évoluer lorsqu'elle paraît simple, que rien n'entrave et ne retarde sa marche naturelle, et réserver ses efforts pour le moment où les frottements se montrent. La maladie alors n'est pas terminée, le feu couve sous la cendre; il faut maintenant avoir raison de cette congestion qui ne demande peut-être qu'à redevenir active, et dont la persistance, en tous cas, ne peut que compromettre l'intégrité du poumon.

MEMENTO PRATIQUE

Alcoolature de drosera rossolis. — Le drosera a été très vanté, puis presque entièrement abandonné. *M. Pierre Vigier*, dans la *Gazette hebdomadaire*, pense qu'on aurait des résultats beaucoup plus décisifs si on l'employait à doses plus élevées.

Voici les doses auxquelles l'alcoolature de drosera doit être prescrite :

Pour un enfant de 1 à 2 ans, 20 gouttes trois fois par jour dans un peu d'eau sucrée, ce qui fait 2 grammes, car on sait que les alcoolatures et les teintures à 60 degrés centésimaux donnent 30 gouttes au gramme, l'eau en donnant 20.

Pour les enfants de 2 à 4 ans, une cuillérée à café par jour.

Pour les âges supérieurs, 2, 3 et 4 cuillérées à café par jour.

Quand l'alcoolature de drosera ne réussit pas à ces doses-là, elle ne réussit pas davantage à dose plus forte.

Il existe en pharmacie une autre préparation de drosera d'un usage fréquent : ce sont les pilules d'extrait alcoolique à 0 gr. 05 centigr., que l'on prescrit à la dose de 4 à 6 par jour. Elles sont habituellement réservées aux adultes.

Des phosphates dans la tuberculose. — *M. Dujardin-Beaumetz* conseille chez les phthisiques la préparation suivante :

Phosphate de soude	6	grammes.
Phosphate de potasse	3	—
Vin de Bagnols	200	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.	60	—

Le malade en prend la valeur d'un verre à liqueur à la fin de chaque repas.

Sans pouvoir être considérée comme un spécifique, cette préparation donne cependant de très bons résultats chez les tuberculeux constipés qui ne peuvent supporter le vin de quinquina.

Traitement des cors aux pieds. — Le Dr Barbier, d'Alger, emploie le mélange suivant :

℞ Acide acétique	ää
Teinture d'iode	

dont il met quelques gouttes matin et soir pour user, couche par couche, la production épidermique.

Glycérine alcoolisée aromatique. — M. le Dr *Jaccoud* prescrit :

Glycérine	40	grammes.
Rhum ou cognac	10	—
Essence de menthe	1	goutte.

Cette composition, dont la saveur est agréable, est bien tolérée par l'estomac ; même après plusieurs mois d'usage non interrompu, elle n'amène ni satiété ni dégoût. L'addition de cognac ou de rhum à la glycérine a simplement pour but de modifier la saveur insipide de cette drogue simple et d'en aider la digestion. Elle n'a pas pour objet la médication alcoolique ; la dose, à ce point de vue, serait tout à fait insuffisante ; et, de plus, l'association serait illogique, puisque la glycérine est une espèce d'alcool.

La quantité de glycérine indiquée dans la formule représente une dose *quotidienne minimum*. On peut l'élever à 50 et 60 gr., mais on ne doit atteindre cette dernière quantité que chez les personnes qui ne présentent aucun signe d'excitabilité anormale du système nerveux ou du cœur. D'ailleurs, une agitation ou une loquacité insolite, une insomnie opiniâtre, et, en l'absence de tout incident pyrétogène, une élévation persistante de la chaleur animale supérieure à 0°,5 par rapport à la température moyenne de la période antérieure à la cure par la glycérine, annonceraient que la dose utile a été dépassée.

On doit employer la glycérine, à titre d'excitant des fonctions digestives et d'agent d'épargne, pendant la *période non fébrile de la phthisie commune*, lorsque l'huile de foie de morue cesse d'être tolérée. Donner la glycérine aromatique alcoolisée, en deux ou trois prises, dans le courant de la journée, soit en dehors du repas, soit même au repas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend un travail manuscrit intitulé : *Réflexions sur la scarlatine*, par M. Brodier de Bazencourt (Marne).

LE CRÉTIN DES BATIGNOLLES. — M. le professeur *B. Ball* fait une communication sur un malade atteint de crétinisme sporadique et non héréditaire. Bien que sa taille et son aspect extérieur lui donnent l'aspect d'un jeune enfant, ce malade est âgé de 31 ans et ses organes génitaux sont complètement développés. Il est né à Paris, d'un père actuellement âgé de 62 ans, alcoolique, mais qui n'a contracté ces habitudes qu'après la naissance du malade. La mère avait 42 ans à l'époque de la naissance, onze ans de plus que son mari. Tous les membres de la famille sont intelligents et bien développés. Mais, pour le couple dont nous nous occupons aujourd'hui, il ne reste que ce rejeton, tous les autres enfants sont morts en bas âge et dans des conditions qui indiquent une perturbation profonde du système nerveux.

Notre malade est le cinquième et dernier de la série ; né à terme, après une grossesse normale, il présentait toutes les apparences d'un beau développement et d'une conformation régulière. A l'âge de 11 mois, il marchait déjà seul, lorsqu'il fut maltraité par sa nourrice qui le laissa jeûner pendant longtemps, et dès lors il fut pris de convulsions qui ont duré presque sans interruption pendant trois ans et demi, en revenant presque tous les jours. La croissance a été retardée à tel point que sa taille ne dépasse pas 1 mètre 103 millimètres. Le poids est de 32 kilogrammes, c'est-à-dire à peu près la moitié du poids normal. La dentition est restée très incomplète.

L'intelligence n'a jamais acquis un développement normal, mais le malade paraît comprendre assez bien ce qu'on lui dit, cependant il éprouve beaucoup de difficultés à s'exprimer. Il sait un peu les lettres de l'alphabet, mais jamais il n'a pu lire. Il connaît les personnes qui l'entourent et sait distinguer les bons et les mauvais procédés. Il paraît enfin doué d'un certain degré de mémoire.

Au point de vue moral, c'est un enfant affectueux, doux et paisible; jamais il ne montra de mauvais instincts. Ses goûts sont ceux d'un jeune enfant.

Il n'a jamais été malade depuis l'époque où ses convulsions ont cessé. Malgré le développement très considérable des organes sexuels, il ne paraît avoir aucun vestige de l'instinct génital.

L'aspect général est celui d'un enfant, mais d'un enfant décrépit, avec un air vieillot caractéristique. La figure est sans expression; il n'a que 19 dents dont 9 à la mâchoire supérieure et 10 à l'inférieur ; elles sont d'ailleurs absolument ravagées par la carie. Le visage est complètement imberbe ; par contre la tête est couverte d'une chevelure abondante et d'un chatain foncé. La tête est grosse, mais irrégulière ; le front, fuyant en arrière, contribue à rétrécir le diamètre antéro-postérieur ; malgré un chevauchement de l'occipital sur les pariétaux, cet os fait une saillie en arrière et les fontanelles sont complètement ossifiées.

Les oreilles sont d'une grandeur moyenne, mais le pavillon est replié sur lui-même. Le menton est court et la disposition des dents augmente la saillie des lèvres et la brièveté apparente de la mâchoire inférieure. Les joues sont flasques, la nuque très forte; la troisième vertèbre cervicale offre une saillie exagérée.

La physionomie du malade présente un peu l'expression d'un fœtus conservé dans un bocal. Quand il rit on voit que les téguments de la face sont trop larges dans tous les sens pour les os qu'ils recouvrent.

La taille est extrêmement cambrée, il y a presque de la cyphose, le ventre est proéminent; comme infirmité ce malade n'offre à noter que des hémorrhoïdes déjà anciennes. Toutes les fonctions de la vie végétative s'accomplissent avec régularité.

On trouve donc chez Victor, c'est le nom du malade, les effets d'un arrêt de développement manifestement provoqué par une maladie cérébrale traduite au dehors par des convulsions longtemps prolongées qui a laissé derrière elle une évolution compromise pour longtemps. Ce malade se rattache d'autant mieux au type classique que le goitre est absent chez lui. En effet les crétins complets ne présentent qu'un goitre rudimentaire. Chez Victor, il n'existe aucune hypertrophie du corps thyroïde; il s'agit ici incontestablement d'un cas de crétinisme sporadique sans intervention de l'hérédité et qui paraît dû aux mauvais traitements et à l'inanition dont il a souffert à la fin de sa première année d'existence.

Si ce malade est absolument incapable de travailler et de diriger sa propre existence, il n'en est pas moins supérieur au niveau ordinaire de ses pareils. Plein de bons sentiments, il paraît susceptible d'un certain degré de culture intellectuelle et déjà depuis son entrée à la clinique il a réalisé de sensibles progrès.

Voici les dimensions du crâne et de la face :

1° Circonférence horizontale prise suivant une ligne passant au niveau des arcades sourcilières. . .	57	centimètres.
2° Du vertex au menton	24	—
3° Du sommet de l'une des apophyses maxillaires à l'autre.	12	—
4° Du lobule d'une oreille à l'autre dans le sens horizontal et en avant	13	—
5° Hauteur de la face	18	—

Dimensions du thorax.

1° Circonférence prise au niveau des aisselles.	78	centimètres.
2° — Au niveau de la taille.	34	—

Dimensions des membres.

Humérus.	17	centimètres.
Radius.	18 1/2	—
Fémur.	26	—
Péroné	27	—
Tibia.	22	—

Diamètre du crâne.

Diamètre antéro-postérieur maximum	0^m,205
— transverse	0, 145
— sus-auriculaire.	0, 14

Diamètre	temporal maximum	0,m14
—	frontal minimum	0, 11
—	vertical biauriculaire . . .	0, 122
—	indice céptalique	70,73

RECHERCHES SUR LE CONVALLARIA MAIALIS, *nouveau médicament cardiaque.* — *M. le professeur G. Sée.* Le muguet est connu depuis longtemps des paysans russes qui s'en servent dans l'hydropisie. Quelques médecins de ce pays ont fait récemment des recherches sur ce médicament. On emploie : 1° les extraits aqueux de feuilles, qui exigent une dose trois fois plus forte que les extraits des autres parties de la plante, 2° les extraits de fleurs qui ont sur les animaux une action très vive, sur l'homme des effets beaucoup moins intenses ; 3° enfin les extraits de la plante en totalité.

M. Hardy a obtenu l'alcaloïde, la convallarine, à l'état amorphe ; ce produit est doué d'une énergie comparable à celle de la digitaline pure.

La dose thérapeutique des extraits à prescrire chez l'homme est 1 gramme à 1 gramme et demi ou même 2 grammes d'extrait de fleurs ou d'extrait total.

Sur la tortue, on obtient dans l'espace d'une minute un ralentissement du pouls qui est tombé de 36 à 4.

En injectant sous la peau d'un chien 5 centigrammes d'extrait, on obtient les mêmes phénomènes qui se résument en ceci : le pouls se ralentit, la respiration devient lente et profonde.

M. Sée a vingt observations détaillées. Chez 3 malades le médicament n'a rien donné. Chez les 17 autres il a obtenu des effets extrêmement remarquables.

Ce médicament a un effet diurétique des plus prononcés. L'urine oscille entre 3,200 et 3,500 grammes. Si l'on cesse le médicament, l'urine retombe à 1,000 grammes.

Les dix-sept observations se rapportent à trois cas d'insuffisance mitrale, deux cas de rétrécissement mitral, deux cas de dilatation du cœur, un cas d'hypertrophie de croissance, une maladie de Corrigan, une anémie simple, une péricardite chronique, enfin un diabétique.

Les médecins russes ont pensé que le médicament agissait surtout dans les maladies nerveuses du cœur. C'est une erreur.

Les effets physiologiques sur les organes digestifs sont absolument nuls ; le médicament est parfaitement supporté, tandis que son congénère la digitale produit sur le tube digestif des effets quelquefois très fâcheux.

Ce médicament tend plutôt à augmenter qu'à diminuer l'appétit, de plus il tend plutôt à faciliter les gardes-robes.

Sur le cœur on obtient dans les vingt-quatre heures une régularisation des battements, surtout lorsque l'arhytmie n'est pas compliquée de lésions valvulaires; sur les palpitations il agit d'une manière très remarquable, surtout dans les cas de palpitations paralytiques par lésion du pneumogastrique. Même à l'état physiologique, on peut diminuer de 10 à 15 le nombre des pulsations.

Sur la circulation artérielle périphérique, l'action est de même des plus marquées et des plus constantes, le médicament fait cesser les battements artériels, de même chez les malades qui se plaignent d'avoir souvent le sang à la tête, des battements dans les tempes. En même temps on obtient une augmentation de l'énergie des battements du cœur.

Les effets sur la respiration sont de même très marqués. Enfin, l'action diurétique est des plus constantes. L'urine devient un peu trouble parce qu'elle contient une urine qui s'élimine par cette voie.

Aussi ces indications thérapeutiques sont des plus nombreuses; on peut employer ce médicament dans toutes les affections du cœur, toutefois lorsqu'il existe en même temps de la dyspnée, il est nécessaire de joindre à son emploi celui de l'iodure de potassium.

A quatre heures et demie, l'Académie de médecine se forme en comité secret.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 26 juin au 1er juillet 1882.

VALLON. De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. — BOYÉ. Du traitement de l'épilepsie. — DELCROIX. De la tétanie. — BESSIRARD. Etude clinique sur l'ascite hémorrhagique. — BARDON-LACROZE. Des sections sous-cutanées comme moyen de réduction des luxations anciennes du coude et de l'épaule.

NOUVELLES

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le vendredi 3 novembre 1882, à midi précis, dans l'amphithéatre de l'administration, avenue Victoria, 3.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général conformément au règlement, avant le 15 août, dernier delai.

BOURSES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.— Par arrêté en date du 3 juillet 1882, la date de l'ouverture du concours pour les bourses de docteur en médecine et de pharmacien de 1re classe, fixé au 10 juillet par arrêté du 19 juin 1882, est reportée au 20 juillet.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, de Toulon et de Brest, à partir du 1er septembre 1882, dans le but de pourvoir à douze emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français ;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours ;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé ;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une faculté ou dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions ;

5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les facultés, des candidats qui se présentent aux examens de doctorat ;

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement, dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de 1re classe, et s'il ne réunit pas, d'ailleurs, toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats.

Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours.

Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé comme il suit les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien.

Pour le grade d'aide-médecin. — 1er examen (verbal). — 1re partie. — Anatomie descriptive : ostéologie, syndesmologie, myologie, angéiologie (artères veines), névrologie des membres, position absolue et relative des viscères.

2e partie. — Préparation d'une pièce anatomique.

2e examen (verbal). — Eléments de pathologie générale et de séméiotique.

3e examen (verbal). — Chirurgie élémentaire (théorie et pratique).

4e examen (écrit). — Pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

Pour le grade d'aide-pharmacien. — 1er examen (verbal). — 1re partie. — Eléments d'histoire naturelle médicale.

2e partie. — Détermination de plusieurs médicaments d'origine organique.

2e examen (verbal).—1re partie.—Eléments de physique.— Description d'un ou plusieurs médicaments.

2e partie. — Une préparation pharmaceutique au laboratoire.

3e examen (verbal). — 1re partie. — Eléments de chimie.

2e partie. — Manipulation chimique au laboratoire.

4e examen (écrit). — Pharmacie.

MONUMENT A SCHUTZENBERGER, A STRASBOURG. — Dans les premiers jours de juillet sera inauguré le monument élevé à la mémoire de M. Schutzenberger, l'éminent professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé en cette ville l'année dernière.

LES ACTEURS MÉDECINS. — Un journal politique indique la profession de la plupart des acteurs parisiens avant leur entrée au théâtre.

Parmi eux, nous trouvons deux confrères : Milher a commencé par être étudiant en médecine, et Paul Mounet avait déjà revêtu la toge doctorale qu'il a échangée contre le masque du comédien.

NÉCROLOGIE. — Les bruits qui avaient couru sur le massacre de la mission Crevaux n'avaient pas été, jusqu'ici, officiellement confirmés et les nouvelles contradictoires données par la presse américaine laissaient encore quelque espoir.

Malheureusement le doute ne paraît plus permis aujourd'hui.

Le ministre de l'instruction publique qui, dès le samedi 17 juin, avait télégraphié à Buenos-Ayres, par l'entremise du ministère des affaires étrangères, vient de recevoir en effet, la dépêche suivante :

Monsieur Richemont, chargé d'affaires de France à Buenos-Ayres, au ministre des affaires étrangères.

Buenos-Ayres, 20 juin 1882.

Massacre mission Crevaux confirmé.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 23 *au* 29 *juin* 1882. — Fièvre typhoïde, 50, — Variole, 8. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales. 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 57. — Phthisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 65.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 40.

Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 42; au sein et mixte, 36; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 82; l'appareil circulatoire, 61 ; l'appareil respiratoire, 59; l'appareil digestif, 61 ; l'appareil génito-urinaire, 27; la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 8. — Nombres absolus de la semaine, 960.

Résultats de la semaine précédente : 1.101.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 3 SAMEDI 8 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE

Traitement rationnel des dyspepsies.

Les remarquables succès obtenus avec la médication chlorhydro-pepsique dans le traitement des dyspepsies, les faits cliniques constatés par un grand nombre de médecins des hôpitaux permettent de préciser les cas dans lesquels cette nouvelle médication est nettement indiquée.

En réduisant la digestion stomacale à sa plus simple expression physiologique, on voit que tout acte digestif se réduit à une action chimique. Que les sécrétions de l'estomac soient altérées dans leur quantité ou leur qualité, que l'acide et que la pepsine du suc gastrique ne soient plus en proportion voulue, et l'acte chimique de la digestion est imparfait, incomplet, c'est la dyspepsie.

Ainsi, que la dyspepsie soit essentielle ou symptomatique, le trouble chimique est toujours la condition *sine qua non*, la lésion primordiale qui peut grouper autour d'elle les symptômes si variés des dyspepsies.

Le traitement des dyspepsies, pour être rationnel, doit donc être basé sur ces origines chimiques. Ce ne sont pas seulement les symptômes (douleur, tympanisme, vertiges) qu'il faut combattre, mais bien la cause elle-même de ces symptômes ; il faut donc avant tout suppléer à l'insuffisance du suc gastrique par une préparation qui en remplisse les effets.

L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez répond parfaitement à cette indication, sa composition est absolument rationnelle et physiologique. A l'action digestive si puissante de la *Pepsine chlorhydrique*, s'ajoute l'action des amers sur les voies digestives qui, en excitant la muqueuse et les nerfs gastriques, stimulent l'appétit et activent les sécrétions de l'estomac.

On voit que l'Elixir chlorhydro-pepsique constitue un médicament complexe, agissant en même temps sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion. En donnant à un dyspeptique une ou deux cuillerées de cette préparation au moment du repas, son action sur la muqueuse remédie à l'atonie musculaire, tandis que la Pepsine chlorhydrique agit directement sur les aliments en les transformant en peptones.

L'expérience est venue démontrer la puissance thérapeutique de cette médication. MM. les professeurs Gubler, Dujardin-Beaumetz, Ch. Frémy, de l'Hôtel-Dieu, Gombault, de Beaujon, Huchard et Lucas-Championnière, de l'hôpital Tenon ; Marchand, chirurgien de l'hôpital Cochin ; le professeur Picot, de Bordeaux, etc., etc., ont employé l'Elixir chlorhydro-pepsique dans des états dyspeptiques variés et ils ont toujours obtenu d'excellents résultats. Quelques jours de cette médication ont suffi pour faire disparaître les divers symptômes de la dyspepsie et faire renaître l'appétit chez des malades qui souffraient depuis des années de dyspepsies rebelles à tous les traitements.

Des expériences faites à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Archambault et Bouchut, ont montré que les troubles digestifs de l'enfance se guérissaient avec une rapidité étonnante par l'emploi de cette préparation.

Les effets thérapeutiques ont été rapides et énergiques chez les anémiques, en particulier chez les jeunes filles chloro-anémiques, les convalescents ; en un mot, chez tous les malades dont les fonctions digestives avaient besoin d'être rétablies ou stimulées.

Plusieurs observations, particulièrement concluantes, ont prouvé les heureux effets que pouvaient donner cette médication chez les phthisiques.

Dans la tuberculose, le malade digère mal et, par suite, l'assimilation est insuffisante ; d'où il résulte une dénutrition rapide, une déchéance organique qui accompagne toujours la maladie. L'Elixir chlorhydro-pepsique, en réveillant l'appétit, si souvent nul, en régularisant les fonctions digestives, permet au malade de s'alimenter, de survivre à ses tubercules, selon l'heureuse expression du professeur Peter.

En présence d'expériences si précises et d'observations cliniques si nombreuses et si concluantes, on peut affirmer que la médication chlorhydro-pepsique dans la dyspepsie est la plus rationelle de la thérapeutique. Dr ROBERT.

29e Année. — Tome II. — N° 3 Samedi 8 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Péritonite enkystée, traitée par le drainage et les injections antiseptiques,

Par P. E. Launois,
Interne des hôpitaux.

La nommée R. . (Julia), âgée de cinq ans, est entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Pauline, n° 24, service de M. le Dr de Saint-Germain, le 24 février 1882.

Cette enfant a été malade à plusieurs reprises dans son jeune âge ; elle a été nourrie au sein pendant vingt-six mois ; elle a eu la rougeole à deux ans et demi, et quelques mois plus tard une ophthalmie pour laquelle elle est restée pendant six semaines à l'hôpital. Elle a été placée en garde depuis deux années.

La mère nous raconte que l'un de ses enfants est mort, avec des convulsions, quelques jours après sa naissance ; qu'un fils âgé de 17 ans est en ce moment malade à Saint-Louis ; elle nous dit enfin que son mari est mort à l'hôpital Beaujon d'une phthisie galopante, après vingt jours de maladie.

Etant allée voir son enfant le 25 décembre 1881, la mère la trouve très souffrante : on lui apprend que depuis plusieurs jours l'enfant a eu des vomissements et de la diarrhée. Un médecin est appelé et fait craindre une fièvre typhoïde. Mais le ventre ballonné et tendu est très douloureux; l'enfant se plaint surtout de douleurs vives au niveau de l'ombilic. On applique sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés, et, le 8 janvier, un vésicatoire à la partie inférieure au-dessus du pubis ; on donne en même temps des lavements avec deux gouttes de laudanum.

Dès le troisième jour de la maladie, l'état général est devenu mauvais ; la petite malade avait pâli et beaucoup maigri; ses yeux s'étaient excavés; le sommeil était toujours très agité. L'enfant mangeait cependant assez volontiers et ne vomissait plus; elle avait trois selles par jours et celles-ci étaient très odorantes et très liquides.

En examinant la petite malade au moment de son entrée à l'hôpital, le 24 janvier, on trouve une tuméfaction considérable de la partie moyenne du ventre, qui forme une masse globuleuse : les flancs ne sont pas étalés. Il existe en même temps une dilatation très accusé du réseau veineux sous-cutané. La palpation permet de reconnaître une tumeur molle et fluctuante ; la sensation de flot est très facilement perceptible. En percutant on trouve de la sonorité sur les côtés et à la partie supérieure de l'abdomen. La matité occupe toute la

partie moyenne : elle s'étend, dans le diamètre vertical, d'un point situé à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'au pubis; sur les côtés elle dépasse de trois centimètres le bord externe des muscles droits. Elle ne se déplace pas, quand on varie la position de la malade.

La pression et la palpation sont très douloureuses, surtout au niveau de la partie inférieure de l'abdomen. Il existe entre l'appendice xiphoïde et la tumeur une dépression, de la longueur de 5 centimètres, qui donne au ventre un aspect particulier.

L'ombilic au lieu d'être déprimé, comme à l'état normal, forme une petite saillie rougeâtre, dépresssible, mais reprenant tout de suite sa forme conique. A 6 centimètres au-dessous de cette saillie, la paroi abdominale est elle aussi le siège d'un empâtement et d'une rougeur, limitée par un bord légèrement saillant. Au dire de la mère, cette rougeur n'est apparue que depuis quelques jours.

L'état général est celui que nous avons indiqué plus haut: le facies est grippé; l'enfant peut à peine parler; elle pousse de temps en temps de petits cris plaintifs, surtout quand on la remue. Elle ne vomit pas: les selles sont demi-liquides. La température est de 38,5. Le pouls est petit et fréquent.

En présence de ces symptômes, on ne pouvait songer, à cause de l'âge, à un kyste suppuré, et le diagnostic était surtout à faire entre une péritonite enkystée idiopathique et un phlegmon prépéritonéal. La nature du liquide avait même été diversement interprétée : la sensation si nette de flot pouvait faire croire à un épanchement séreux ou séro-purulent : mais l'état général, l'empâtement de la partie inférieure de la paroi abdominale permettaient d'affirmer la présence d'un liquide franchement purulent.

Tout dans les antécédents héréditaires tendait à faire regarder une affection tuberculeuse du péritoine ou des ganglions comme la cause première de cette collection purulente. L'enfant ne toussait pas ; la respiration était normale des deux côtés. On trouvait toutefois sur le côté droit du cou une série de ganglions engorgés.

Des cataplasmes sont appliqués sur le ventre et on fait des onctions avec l'onguent mercuriel.

La température s'élève bientôt à 39° ; l'état général est de moins en moins bon.

Se ralliant à l'idée d'une péritonite circonscrite, M. de Saint-Germain fait le 8 février, au lieu d'élection du côté gauche, une ponction à l'aide d'un trocart. Il s'écoule 1,800 grammes d'un pus verdâtre, filant, très épais, sans grande odeur. La viscosité était telle que vers la fin il ne s'écoulait que très difficilement par la canule, malgré les pressions exercées avec prudence sur l'abdomen.

Le soir, l'état général de l'enfant s'était relevé : elle avait pu man-

ger un peu ; le ventre était souple ; la paroi ne présentait pas d'induration. L'ombilic s'était affaissé.

Mais, avec la fièvre, la tumeur réapparut bientôt : le 10 au soir le thermomètre, placé dans l'aisselle, marquait 39,2. Le ventre avait repris sa forme globuleuse.

Le 12 février, après avoir chloroformé l'enfant d'après la méthode sidérante, on fait une incision sur la partie latérale gauche de l'abdomen, sur le trajet de la ligne qui unit l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'incision faite à droite de l'ombilic à 6 centimètres en dehors intéresse toute l'épaisseur de la paroi abdominale. On introduit une sonde cannelée d'un assez fort calibre et une seconde incision est faite sur la pointe de la sonde qu'on poussait contre la paroi. On fait ressortir son extrémité dans un point absolument opposé à l'orifice d'entrée. Un gros tube rouge à drainage est ensuite passé très facilement à l'aide d'un stylet aiguillé. Il s'écoule, cette fois encore, une quantité considérable de pus qui présentait les mêmes caractères que celui obtenu par la ponction : sa viscosité était moindre cependant.

Plusieurs lavages furent faits avec une solution boriquée à 3,5 pour cent, qu'on avait fait tiédir au bain-marie.

On exerce sur le ventre quelques pressions légères et quand le liquide injecté s'écoule absolument clair, on applique un pansement de Lister. Celui-ci est maintenu en place à l'aide de bandes de gaze phéniquée, renfoncée de circulaires faites autour du bassin à l'aide de bandes de flanelle. Ce pansement comprimait légèrement l'abdomen.

La température du soir n'était plus que de 37,2. L'enfant ne se plaignait plus : elle avait mangé le matin même et n'avait pas vomi (bouillon, œuf, potion de Tood.)

L'amélioration s'accentue rapidement : l'amaigrissement cesse et les joues reprennent leur couleur.

Le 15. Le pansement est changé : il s'est écoulé un peu de pus : on recommence les lavages à l'acide borique tiède. Le ventre est souple ; la pression ne détermine plus aucune douleur ; la partie située au-dessus de l'ombilic est encore un peu sensible.

Le dixième jour on pouvait enlever la moitié du drain et ne laisser qu'une ouverture.

La suppuration étant de moins en moins abondante, la portion de tube qui restait est enlevée à son tour et dans les derniers jours du mois de février l'enfant pouvait se lever.

Elle quitta l'hôpital complètement guérie le 9 mars, après quarante-quatre jours de séjour.

Cette observation nous a paru intéressante à deux points de vue : le diagnostic différentiel était assez difficile ; le traitement employé avait une grande importance.

L'existence des péritonites circonscrites, admise depuis le Mémoire de Baizeau (Archives générales de médecine, 1874) et la thèse de Gauderon (De la péritonite aiguë idiopathique des enfants, 1876), a été mise en doute dans ces derniers temps. Dans un des derniers fascicules du traité de pathologie de Duplay (tome V, fascic. 4, p. 769) on peut lire que « le diagnostic sera souvent d'une extrême difficulté, quand il s'agira de distinguer le phlegmon sous-péritonéal d'une péritonite purulente enkystée. et il est vraisemblable, d'après l'analyse des observations, qu'un très grand nombre de faits, considérés comme des exemples de péritonites ouvertes à l'ombilic, se rapportent en réalité à des phlegmons sous-péritonéaux. »

Pour justifier notre diagnostic de péritonite enkystée, nous pourrions reproduire ici les conclusions de Gauderon, et si nous rapprochons notre observation de celles qu'il a publiées, nous retrouvons chez notre petite malade un signe presque caractéristique pour cet auteur, la saillie de l'ombilic et la tendance du pus à se faire jour par cette voie. De plus, la fréquence du phlegmon de la paroi est beaucoup plus grande chez l'adulte, et en particulier chez la femme, que chez l'enfant. Chez ce dernier, en effet, le fascia sous-péritonéal fait défaut où n'est guère développé ; c'est du moins ce qui résulte des dissections nombreuses de Gauderon.

L'abondance du pus, dont la quantité atteignait presque 2 litres, ne pouvait être invoquée en faveur de la péritonite enkystée, car les phlegmons prépéritonéaux peuvent déterminer une suppuration très grande. Mais l'examen du ventre après la ponction, la disparition de l'empâtement de la paroi, et sa souplesse quand la tumeur s'était reproduite, nous étaient d'un grand secours.

En admettant même que notre diagnostic puisse laisser quelques doutes, nous pouvons dire que le mode de traitement choisi eût été le même si l'existence de la péritonite enkystée eût été plus certaine. En se basant en effet sur les résultats obtenus dans les affections des séreuses par la grande majorité des chirurgiens qui ont eu recours au traitement antiseptique, on était en droit d'ouvrir largement, de drainer et de laver une collection purulente enkystée du péritoine. Il y a bien longtemps que Ravaton avait indiqué ce mode de traitement dans sa Pratique moderne de la chirurgie, Paris 1776. Dans les cas de plaie de petite étendue et quand des accidents de péritonite surgissaient ou existaient déjà au plus haut degré, il n'hésitait pas à dilater les plaies, à faire des contre-ouvertures et à faire des injections intra-abdominales qu'il recommandait jusqu'à trois fois par jour. Depuis, Kœberlé (Gazette médicale de Strasbourg 1867), Nussbaum (Die drainagirung der Bauchhöhle und die intrapéritonéale injection) ont eu recours à cette méthode.

On a même été plus loin et, dans ces dernières années, on a pro-

posé les lavages comme mode de traitement de la péritonite généralisée.

En 1875, M. Netter faisait paraître un mémoire sur les injections d'eau dans la cavité abdominale comme traitement de la péritonite aiguë. Wegner a relaté, dans un travail inséré dans les Archiv für klinische chirurgie von Langenbeck (Berlin 1876), les expériences qu'il a faites sur les animaux. Sanderson, en 1876, a publié aussi dans le Journal de physiologie et d'anatomie de Ch. Robin les résultats d'expériences du même genre. Dans une thèse récente, soutenue en mai 1881 et intitulée : Contribution à l'étude du traitement de la péritonite aiguë, M. Mosimann a résumé les travaux publiés sur ce sujet et est arrivé, après de nouvelles expériences, à la conclusion suivante : Etant donnés deux animaux, atteints tous les deux de péritonite, si on injecte à l'un de l'eau tiède de manière à diluer le liquide exsudé et qu'on abandonne l'autre sans traitement, l'opéré guérit, tandis que le second succombe infailliblement.

Nous ne croyons pas que les injections intra-abdominales puissent être utiles dans le traitement de la péritonite généralisée, alors que les anses intestinales et les feuillets du péritoine sont accollés par l'exsudat. Le liquide injecté ne pourrait entrer du reste que très difficilement. Mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de péritonites enkystées et le drainage suivi d'injections antiseptiques est un mode de traitement très rationnel. La solution d'acide borique tiède peut être employée surtout chez les enfants.

REVUE DE LA PRESSE

Action de la quinine et de l'acide salicylique sur l'oreille. — Le Dr *Kirchner* (*Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 49, 1882) a étudié a l'Institut pharmacologique de Wurtzbourg l'action de ces deux médicaments sur l'oreille dans le but d'élucider ce point encore discuté, à savoir si les bourdonnements d'oreille qu'ils occasionnent sont dus à la congestion du labyrinthe. L'expérience clinique a depuis longtemps montré qu'ils produisaient directement des troubles objectifs comme les tournements de tête et un certain degré de surdité qui parfois même est très marqué. Ces deux symptômes disparaissent en général lorsqu'on cesse l'administration du médicament, mais parfois, lorsqu'on a donné ces médicaments à haute dose ou pendant longtemps, ces symptômes persistent et constituent une affection longue et sérieuse. Quoique ces symptômes aient été fréquemment observés en clinique, on n'a pu faire sur leur pathogénie que peu de recherches anatomiques. Pour ses expériences, Kirchner s'est servi de lapins, de chats, de chiens, de cobayes et de souris. Pour ses obser-

vations cliniques il avait à sa disposition un hôpital situé dans un pays paludéen.

Ses conclusions sont que la quinine et l'acide salicylique produisent l'hyperhémie du tympan, hyperhémie qui peut aller jusqu'à l'hémorrhagie; tout le labyrinthe participe à cette hyperémie. Celle-ci peut devenir si intense que si elle dure un certain temps elle provoquera nécessairement une altération des dernières ramifications nerveuses. Eelle est due à des troubles vaso-moteurs; il peut même y avoir paralysie des vaisseaux et exsudation dans les diverses parties de l'oreille. Ces conclusions diffèrent de celles déjà formulées par Weber-Liel, Roosa et quelques autres.

Weber-Liel (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n° 1, 1882) a institué, en collaboration avec le Dr Guder, des expériences sur deux jeunes hommes bien portants; voici les résultats qu'ils ont obtenus en donnant 1 gramme de chlorhydrate de quinine: 1° On observe pendant deux heures et demie un abaissement graduel de la température du conduit auditif externe, correspondant à l'abaissement de la température générale; 2° il n'existe aucune hyperhémie du conduit ni de la membrane du tympan, aucune injection le long du manche du marteau, ni pendant le temps que nous venons d'indiquer, ni plus tard. Au contraire, dans cinq cas l'injection légère qui existait auparavant a disparu; 3° les bruits subjectifs, comme les bourdonnements, les tintements d'oreilles se produisent toujours au bout d'une heure ou une heure et demie et ils disparaissent graduellement dans l'espace de douze heures; 4° au bout de deux ou trois heures il y a une diminution marquée de l'ouïe; celle-ci redevient normale dès que les bruits subjectifs ont cessé; 5° dans huit cas, en même temps que les bruits subjectifs, se sont montrés des étourdissements généralement légers, mais parfois assez intenses pour donner une démarche chancelante. La plus grande diminution de l'ouïe s'est montrée au moment où la température était le plus basse.

Des expériences semblables ont été faites en collaboration avec le Dr Sachs pour déterminer les effets de l'acide salicylique; les malades ont pris en deux fois, à quinze minutes d'intervalle, de 4 grammes et demi à 5 grammes de salicylate de soude : 1° On observe une diminution de la température du conduit qui tombe à 35° centigrades dans l'espace de deux ou trois heures. 2° Il n'y a ni hyperhémie du conduit, ni injection le long du manche du marteau, et lorsque ces symptômes existaient ultérieurement, ils n'ont subi aucune modification. 3° Dans tous les cas, au bout de deux heures et demie à quatreheures se sont manifestés des bourdonnements, des sifflements et des tintements d'oreille qui ont duré plus longtemps que les bruits analogues produits par la quinine. 4° La perte de l'ouïe était très marquée et dans plusieurs cas elle a duré quelques jours, chez quel-

ques sujets dont les oreilles étaient malades, la perte de l'ouïe a duré beaucoup plus longtemps, et même dans un cas elle s'est prolongée pendant neuf mois. 5° Dans 7 cas sur 12 on a noté des étourdissements commençant un peu après les troubles subjectifs.

En comparant la seconde série (acide salicylique) à la première (quinine), on trouve que dans la seconde l'abaissement de la température était moindre, mais la diminution de l'ouïe était plus marquée et plus longtemps prolongée.

A. Ch.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 *juillet* 1882. — *Présidence* de M. Guéniot.

Fistule du canal de Sténon. — *M. Delens* lit un rapport sur un procédé nouveau pour oblitérer les fistules du conduit de Sténon, par M. Richelot.

L'orifice de la fistule était au niveau du masséter, la lésion s'était compliquée d'un abcès qui avait donné lieu à deux ouvertures dont une était au niveau du buccinateur. M. Richelot se servit de cette dernière ouverture pour y introduire un tube à drainage qui traversait la joue et qui conduisait la salive dans la bouche. Il fit ensuite l'avivement et la suture de la fistule externe, qui réussit, et peu à peu il retira le tube à drainage. La guérison fut complète.

M. Trélat a eu deux fois l'occasion de traiter des fistules du canal de Sténon. Dans un cas, il s'agissait d'une tumeur de la parotide s'enfonçant profondément dans le creux parotidien. Le canal de Sténon fut blessé. Il suffit au malade de porter un appareil compresseur construit par Charrière père pour que la guérison fut complète en quatre jours.

Dans le deuxième cas, la fistule était consécutive à un abcès déterminé par un calcul. Cette fistule avait deux orifices, un cutané, l'autre muqueux, reliés par un trajet oblique à travers la joue : il fit passer un fil de fer à travers le trajet, puis, perforant directement la joue au niveau de l'orifice externe, il fit passer le fil à travers ce nouveau trajet. Les deux chefs ressortaient donc par la joue, séparés par un intervalle relativement étendu ; le sommet de l'anse du fil répondait à l'orifice externe, mais ne le dépassait pas. Au moyen d'un serre-nœud il tordit le fil, qui coupa au bout de quelques jours toutes les parties comprises dans l'anse : il y avait là une vaste perte de substance du côté de la joue : elle suffit pour guérir la fistule externe. Il a fait cette opération il y a dix ans : aujourd'hui, il se servirait d'un fil de caoutchouc.

M. Le Fort a eu à traiter une fistule consécutive à l'ablation d'un

vaste épithélioma de la joue. Il a employé le même procédé que M. Trélat, seulement, comme il n'y avait pas d'orifice muqueux, il a dû perforer la joue en deux points ; il s'est servi d'un fil de soie. La guérison s'en est suivie. Ce procédé est du reste décrit, dit-il, dans Malgaigne.

M. Després rappelle que c'est le procédé de Deguise père modifié par Malgaigne.

M. Trélat fait observer qu'il importe peu que le procédé soit ancien ou récent. L'intérêt des faits qu'on rapporte réside dans les résultats opératoires, et il importe que les chirurgiens soient renseignés sur la valeur de tel ou tel procédé.

M. Le Fort ajoute qu'il emploierait plus volontiers le caoutchouc.

M. Delens fait observer que le procédé de M. Richelot diffère des autres en ce qu'il s'agissait d'une fistule située au niveau du masséter, et qu'il s'est servi de la cavité d'un abcès situé au niveau du buccinateur.

Ectopie périnéale du testicule. — *M. Le Dentu* fait un rapport oral sur un cas d'*ectopie périnéale* du testicule droit observé par M. Baudry (de Lille) chez un enfant nouveau-né. Il existait à 2 centimètres en avant de l'anus et à 2 centimètres du raphé médian, rappelant par son volume, sa forme, sa consistance, le testicule. Du reste, le scrotum de ce côté était vide ; rien à l'aîne ni dans la fosse iliaque. A ce testicule se rendait un cordon qui aboutissait au canal inguinal ; ce n'était donc pas une ectopie isolée de testicule : l'épididyme paraissait se trouver à côté de lui. Pas de hernie.

L'auteur se pose la question d'une intervention opératoire à cause des froissements possibles auxquels le testicule pourrait être exposé et qui pourraient être l'origine d'une dégénérescence. M. Le Dentu est aussi de cet avis ; il ne réserverait l'intervention que pour les cas d'urgence absolue.

Du reste, cette intervention serait beaucoup moins dangereuse que pour le cas d'ectopie inguinale où, d'après le travail de MM. Monod et Terrillon, elle est très peu dangereuse, puisqu'il n'y a eu que 3 cas de péritonite et une mort sur 50 cas.

Rectotomie linéaire. — *M. Trélat* désire publier un fait rappelant l'influence heureuse que peuvent avoir certaines opérations palliatives dans les cas de cancer du rectum. Il rappelle qu'il a publié un cas de colotomie lombaire ; ici il s'agit de rectotomie linéaire. Il s'agissait d'un malade atteint d'un épithélioma dont les limites supérieures pouvaient être presque atteintes par le doigt introduit dans l'anus, s'accompagnant de ténesme extraordinaire, et de diarrhée ; il y avait 15 ou 16 selles déterminant des douleurs très vives ; avec cela un aspect cachectique des plus prononcés, à ce point que je crus avoir affaire à un mourant.

Attendu que l'on pouvait presque atteindre les limites de la tumeur, que le malade était trop faible pour supporter la colotomie lombaire et que tous les accidents observés étaient dus surtout au ténesme et aux douleurs, je fis la rectotomie très profonde avec le thermo-cautère. L'opération a été faite en octobre dernier ; le malade est mort le 19 juin, et pendant tout ce temps le soulagement a été tel que le malade s'est cru guéri ; je suis convaincu que si je ne l'avais pas opéré, ce malade n'aurait pas vécu plus de quinze jours : c'est donc sept mois de survie, et de survie sans souffrances, qu'il faut porter à l'actif de l'opération. C'est pour cela que j'ai rapporté ce fait, et aussi pour revenir à cette proposition que j'avais déjà formulée, à savoir que dans certains cas graves de cancer du rectum les opérations palliatives peuvent donner une survie plus grande que les opérations curatives.

M. Verneuil est heureux de voir M. Trélat porter ce fait à la tribune parce qu'il est convaincu que la rectotomie est réellement une très bonne opération. Il ne croit pas qu'on doive réséquer le coccyx : on peut passer à côté comme l'a fait M. Trélat. La rectotomie n'accélère pas la marche du mal.

M. Desprès fait remarquer qu'il n'a jamais eu la nécessité d'employer la rectotomie. Les moyens employés par nos vieux maîtres lui ont toujours suffi : il s'en tiendra là, et ne soumettra pas ses malades à des chances d'accidents graves et quelquefois mortels.

M. Le Dentu a fait huit fois la rectotomie linéaire : cette opération ne donne pas lieu au moindre accident, les malades en retirent un bénéfice immédiat, et de plus elle simplifie beaucoup le traitement ultérieur.

Il l'a faite cinq fois pour des cancers du rectum : les douleurs ont cessé immédiatement ; cet apaisement tient au débridement du tissu cancéreux et non à la gangrène que détermine le thermo-cautère, et à l'élimination d'une partie de la masse, comme le croit M. Després, et au débridement du sphincter anal dont le spasme cesse.

Dans les cas de rétrécissement, je veux bien qu'il faille commencer par la dilatation, mais encore faut-il qu'elle soit possible.

M. Le Fort. Un autre raison plaide en faveur de la rectotomie, c'est la menace de rupture de l'intestin et d'abcès gangréneux qui entraînent rapidement la mort; la rectotomie est beaucoup moins grave que la dilatation qui peut déterminer des déchirures beaucoup plus étendues qu'on ne croit.

HERNIE ÉTRANGLÉE ; SUTURE DE L'INTESTIN.—*M. Trélat* communique un autre fait relatif à *une hernie étranglée.* Il s'agit d'une femme qui portait une hernie depuis longtemps : il y a trois ans elle avait eu du côté de sa hernie des accidents d'où était résulté un abcès qui avait laissé des cicatrices très dures et très épaisses. Le taxis sous le chlo-

roforme étant infructueux, la kélotomie fut pratiquée : l'anneau était très serré ; M. Trélat tenta la réduction sans ouverture du sac, elle ne put être faite ; le sac fut ouvert : l'intestin était uni au sac par des adhérences très fortes et très anciennes ayant une étendue de 2 centimètres et demi sur 1 et demi : il tenta de les détruire avec beaucoup de précaution ; mais l'intestin se déchira. Avec toutes les précautions d'usage il fit la suture de l'intestin par le procédé de Lembert, sept points de suture furent appliqués et on fit la réduction ; le sac fut reséqué et il fut fait deux sutures profondes pour tâcher d'oblitérer le collet au sac, de plus il mit un drain qui arriva jusqu'à l'orifice péritonéal ; c'est une pratique qu'il a employée dans trois ou quatre cas et qu'il recommande : car il croit que beaucoup d'accidents sont dus à la stagnation du liquide péritonéal.

M. Lucas-Championnière veut appeler l'attention sur deux points : 1° la suture intestinale dont il est partisan et qu'il a appliquée dans une circonstance ; 2° le siège du tube à drainage. Pour lui, il ne croit pas qu'il soit nécessaire de le faire pénétrer jusque dans la cavité péritonéale : il le place contre l'anneau ; il croit même nuisible de le placer comme le fait M. Trélat, parce qu'il s'oppose à la cure radicale de la hernie.

Il s'oppose de même à la kélotomie sans ouverture du sac : cette ouverture n'a pas d'inconvénients avec les moyens dont on dispose actuellement, elle vaut mieux pour la cure radicale.

M. Trélat répond à propos de l'ouverture du sac qu'il cherche, autant que possible et quand il n'y a pas de contre-indication, à ne pas la pratiquer, car c'est autant simplifier l'opération.

Quant aux déchirures de l'intestin, il faut distinguer les déchirures traumatiques, comme celles de sa malade et de la malade de M Championnière, des déchirures pathologiques tenant à une altération de l'intestin et qui ont une autre gravité.

Il croit, et il a des faits qui le prouvent, qu'il y a avantage à placer le tube au ras de l'ouverture péritonéale, quand le sac contient un liquide louche et de mauvais aspect.

M. Pozzi est de l'avis de M. Trélat pour la kélotomie sans ouverture du sac : c'est une simplification opératoire qu'il ne faut pas dédaigner ; ce mode opératoire ne favorise pas la récidive de la hernie. Il l'a faite dernièrement sur une malade, qu'il a revue trois mois après l'opération et qui n'offrait pas la moindre trace de hernie : il avait pelotonné le sac contre l'ouverture et avait fait la suture du collet.

M. Giraud-Teulon est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

P. Bazy.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 10 au 15 juillet 1882).— *Lundi*, 10. — Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Verneuil, Tillaux et Reclus. (*Epreuve pratique*: Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Guyon et Rémy. — 1er (nouveau régime, physique, chimie, histoire naturelle): MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 2e (nouveau régime (oral), anatomie et histologie): MM. Trélat, Parrot et Cadiat. — 3e (ancien régime): Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 3e (fin d'année): MM. Duplay, Landouzy et Dieulafoy. — 4e : MM. Vulpian, Fournier et Rendu. — 4e : MM. Bouchard, Potain et A. Ollivier. — 5e (Charité): MM. Laboulbène, Tillaux et Pinard. — 5e (Pitié): MM. Verneuil, Peter et Charpentier.

Mardi, 11. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Panas, Cornil et Bouilly. (*Epreuve pratique*: Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.)—1er (nouveau régime, oral): MM. Sappey, Ball et Richelot. — 2e (nouveau régime oral, anatomie et histologie) : MM. Robin, Laboulbène et Humbert. — 2e (ancien régime, oral): MM. Richet, Peter et Hallopeau.— 2e (ancien régime, oral): MM. G. Sée, Jaccoud et Peyrot. — 5e (Hôtel-Dieu): G. Sée, Le Fort et Charpentier. — 5e (Charité): MM. Hardy, Tillaux et Budin. 5e (Charité): MM. Pajot, Lasègue et Berger. — 5e MM. Le Fort, Brouardel et Charpentier.

Mercredi, 12. — Doctorat, 2e (Médecine opératoire): MM. Trélat, Tillaux et Terrillon. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (Nouveau régime, physique, chimie, histoire naturelle) : MM. Laboulbène, Hanriot et Bourgoin.— 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Guyon et Pozzi. — 3e (nouveau régime, oral, 1re partie, pathologie externe et accouchements): MM. Depaul, Duplay et Marchand. — 3e (ancien régime): MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 3e (ancien régime): MM. Regnauld, Parrot et Gay, — 5e (Hôtel-Dieu): MM. G. Sée, Panas et Budin. — 5e (Hôtel-Dieu): MM. Richet, Vulpian et Pinard. — 5e (Pitié): MM. Lasègue Verneuil et Charpentier.

Jeudi, 13. — Doctorat, 2e (médecine opératoire) : MM. Richet, Le Fort et Richelot. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral): Sappey, Ball, Berger. — 2e (nouveau régime, oral, anatomie et histologie): MM. Robin, Laboulbène et Humbert. — 4e : MM. Bouchard, Peter et Debove. — 4e MM. Lasègue, Brouardel et Grancher. — 4e MM. Hardy, Jaccoud et Joffroy. — 5e (Necker): MM. Trélat, Potain et Charpentier. — 5e (Charité): MM. Pajot, Laboulbène et Monod. —5e (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Panas et Pinard.

Samedi, 15. — Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Richet, Panas et Humbert. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Sappey, Ball et Richelot.— 1er (ancien régime): MM. Robin, Bou-

chard et Peyrot. — 4e MM. Hardy, Brouardel et Raymond. — 4e MM. Lasègue, Jaccoud et Hallopeau. — 5e (Pitié): MM. Verneuil, Peter et Budin. — 5e (Hôtel-Dieu): MM. Vulpian, Panas et Charpentier.

Samedi, 15. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses): Composition écrite.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 4 juillet, sont promus ou nommés :

1° *Au grade d'officier* : M. Brassac (Pierre-Jean-Marcelin), médecin en chef de la marine ; 29 ans et demi de services, dont 17 ans et demi à la mer ou aux colonies. Chevalier du 25 décembre 1869.

2° *Au grade de chevalier* : MM. Déchamp (Paul-Jules), médecin de 1re classe de la marine ; 17 ans et demi de services, dont 7 ans à la mer ou aux colonies. — Comme (Adolphe-Ferdinand), médecin de 1re classe de la marine ; 20 ans et demi de services, dont 13 ans à la mer ou aux colonies. — Eyssautier (André-Alexandre), médecin de 1re classe de la marine ; 21 ans de services, dont 12 ans et demi à la mer ou aux colonies. — Dubois (Charles-Jean-Baptiste), médecin de 1re classe de la marine ; 19 ans et demi de services, dont 12 ans à la mer ou aux colonies. — Breton (Joseph-Ferdinand), médecin de 1re classe de la marine ; 17 ans de services, dont 11 ans à la mer ou aux colonies. — Frison (Joseph-Marie), médecin de 1re classe de la marine ; 9 ans et demi de services, dont 4 ans à la mer ou aux colonies. Services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie de fièvre jaune au Sénégal. — Daniel (Jules), médecin de 1re classe de la marine ; 16 ans de services, dont 13 ans à la mer ou aux colonies.

— Par décret en date du 5 juillet, sont promus ou nommés :

1° *Au grade de commandeur* : M. Levié (Etienne Jean-Baptiste), médecin principal de 1re classe à Marseille.

2° *Au grade d'officier* : MM. Cuignet (Ferdinand-Louis-Joseph), médecin principal de 1re classe, à Lille. — Godot (Etienne-François-Constant), médecin major de 1re classe au 108e régiment de ligne.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de médecin du Bureau central.* — La première épreuve (épreuve clinique) a commencé le 1er juin et a été terminée le mercredi 21 juin. A la suite de cette épreuve, les candidats déclarés admissibles ont été, par ordre alphabétique : MM. Ballet, Barth, Béringier, de Beurmann, Brault, Brissaud, Buzot, Carrière, Chauffart, Chouppe, Decaisne, Dreyfous, Hirtz (E.), Hirtz (H.), Jean, Josias, Legendre, Leroux (Ch.), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière (P.), Martin, Merklen, Oulmont, Renault, Rivet, Talamon, Tapret.

Herborisation. — M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le dimanche 9 juillet 1882, sur les bords de la Marne.

Rendez-vous au pont de Charenton, à onze heures et demie.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 4 MARDI 11 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 4. Mardi 11 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Des glossopathies pendant les premières phases de la syphilis.

Par Charles MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

Les éruptions syphilitiques de la langue pendant la phase virulente de la syphilis diffèrent sensiblement de celles de l'isthme, des joues et des lèvres. Il importe de les étudier avec le plus grand soin, car elles ressemblent souvent d'une manière frappante à d'autres lésions d'une nature différente. Il serait dangereux de les confondre surtout au point de vue du traitement. A tous les moments de la période secondaire, pendant les deux ou trois premières années de la syphilis. des déterminations spécifiques peuvent s'effectuer sur la langue. Est-il besoin de dire qu'elles sont plus sérieuses et plus profondes à mesure qu'on s'éloigne du début de la diathèse? Du reste, on n'a qu'à regarder les déformations successives qui s'accomplissent sur l'organe pour s'en convaincre. Les récidives répétées, bien que résolutives dans les premiers temps et même plus tard, finissent néanmoins par laisser leur empreinte sur la muqueuse linguale et c'est ainsi que peu à peu la transition se fait entre les glossophaties bénignes et les glossopathies graves. Nulle part peut-être la ligne de démarcation n'est plus difficile à tracer. Cette circonstance et beaucoup d'autres contribuent à compliquer et à embrouiller singulièrement la pathologie de la langue.

Procédons suivant l'ordre chronologique. — Pendant que les éruptions érythémateuses s'effectuent sur la peau, la langue est quelquefois touchée. Le fait est rare, mais je l'ai observé et il a été signalé par d'autres. La roséole de la langue se traduit par des taches rouges arrondies, légèrement desquamatives, très superficielles et qui sont isolées ou confluentes. Dans ce dernier cas j'ai vu se dessiner des ébauches de lignes courbes, circulaires ou elliptiques. De vraies papules peuvent aussi pousser sur la muqueuse linguale pendant le cours des syphilides papuleuses cutanées. Ce sont de petites élevures rondes, hémisphériques, sans grand relief, recouvertes d'un épithélium dépoli et s'enlevant en gris clair sur le fond rouge des parties voisines. Entre ces papules et les vraies plaques muqueuses il n'existe que des différences de peu de valeur et sur lesquelles il est inutile d'insister, car il y a transformation fréquente des premières dans les secondes. L'éruption syphilitique de la langue ne se modèle donc que bien rarement et d'une façon fort incomplète sur les éruptions cutanées contemporaines. Elle ne tarde guère à prendre une spécificité morphologique, à aspects multiformes, qui l'éloigne de plus en plus des

syphilodermies cutanées. Avant d'aller plus loin, disons que le siège de toutes les lésions, quelles que soient leurs formes et leurs variétés, a des limites précises qui sont en arrière le V lingual, sur les côtés et en avant les bords de la langue. Tout ce qui est au-dessus de ces bords c'est-à-dire la face supérieure, est susceptible à un haut degré de concevoir l'action syphilitique, tandis que la face inférieure y est complètement réfractaire, sauf toutefois le filet et les parties voisines de son point d'attache supérieur.

Les plaques opalines s'observent dans tous les points sus-indiqués; mais elles sont plus fréquentes sur les bords, à la pointe et sur le filet que sur le dos de l'organe, ou du moins elles s'y montrent avec un caractère plus accentué. Rondes ou ovalaires, isolées ou confluentes, elles restent opalines depuis leur début jusqu'à leur résolution ou bien elles s'érodent et plus fréquemment encore elles deviennent fissuraires. Ces fissures si communes sur les bords sont d'ordinaire dirigées de haut en bas perpendiculairement à l'organe ; mais on en voit aussi d'antéro-postérieures. Elles sont souvent cachées dans les touffes de l'épithélium, et difficiles à découvrir lorsque l'opalinité qui les entoure a disparu. Le malade sait mieux les trouver que le médecin, parce qu'il est renseigné sur leur siège par une sensation douloureuse plus ou moins vive. En se répétant, ces plaques fissuraires deviennent plus profondes ; elles tuméfient et sclérosent les bords, élargissent l'organe qui trop à l'étroit s'applique fortement contre les arcades dentaires et reçoit l'empreinte de leurs dents. Cette empreinte est transitoire et s'efface peu à peu ; mais ce qui ne l'est pas, ce sont les traces des fissures. A la longue elles entament le tissu dermique et leur cicatrice s'accuse par un sillon indélébile ou qui persiste pendant des années. Il en résulte qu'à la suite d'attaques répétées de glossopathie muqueuse, les bords sont déchiquetés, dentelés comme s'ils avaient été attaqués par des lésions tertiaires. Vous verrez fréquemment cette disposition dentelée se produire peu à peu pendant la première et la seconde année de la diathèse, même dans les syphilis les plus bénignes. En pressant entre les doigts les bords ainsi découpés, on leur trouve une souplesse normale ; à peine sent-on un peu d'induratiou dans le creux des sillons. Les parties saillantes de la dentelure ont leur couleur naturelle, les parties profondes sont blanchâtres ou nacrées. Telles sont les lésions qui résultent d'éruptions réitérées de plaques marginales confluentes. Lorsque des plaques sont discrètes, petites, éphémères, elles disparaissent sans laisser aucune trace A la pointe et sur le filet, la suffusion nacrée, diffuse, en plaques ou en stries linéaires, est commune. Elle est sujette à s'éroder ou à se crevasser irrégulièrement ; mais la lésion est toujours superficielle et tourne moins à l'ulcération que sur les bords.

A la face supérieure de la langue, les déterminations syphilitiques sont plus polymorphes que sur ses bords et à sa pointe. Notons d'abord que les papilles caliciformes du V lingual, très développées normalement chez certains sujets, sont souvent prises par eux et même par des médecins pour des végétations syphilitiques. Il est vrai de dire qu'elles s'hypertrophient quelquefois au début de la maladie. N'en est-il pas ainsi également des glandes marginales de la racine de l'organe, situées au même niveau que les papilles caliciformes? Ne subissent-elles pas la même augmentation que les amygdales et les glandules du pharynx ? Je serais disposé à répondre par l'affirmative. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas là néoplasie. C'est surtout en avant du V lingual que se produisent les plaques muqueuses.

A. Les plaques opalines, petites ou larges, arrondies, ovalaires se disséminent çà et là de la pointe à la base. Elles sont isolées ou confluentes. Dans ce dernier cas elles se juxtaposent quelquefois de manière à former des stries, des rubans qui dessinent des fragments de cercle; car là, comme sur toutes les surfaces tégumentaires, vous verrez se manifester à un plus ou moins haut degré, dans toutes les lésions, surtout dans celles qui sont superficielles, la tendance aux dispositions circinées. Loin de faire saillie, les plaques et les rubans opalins paraissent quelquefois un peu déprimés parce que l'épithélium qui les entoure conserve toute sa longueur.

B. Pour peu qu'elles soient étendues ou conglomérées, les plaques opalines se dépouillent de leur enduit sur quelques points et deviennent érosives, ou bien elles se fendillent et se creusent de fissures. On ne doit pas confondre les fissures, vraies, ulcéreuses ou érosives avec les sillons normaux de la langue. Ces sillons, très développés à l'état ordinaire chez certaines personnes, s'exagèrent quand la langue se tuméfie. Dans les glossopathies secondaires ils semblent se multiplier et devenir plus profonds. Ils s'insinuent entre les plaques et simulent des rhagades. On les observe surtout de chaque côté de la ligne médiane, vers le milieu de l'organe.

C. L'ulcération s'empare quelquefois des plaques opalines ou érosives et creuse de petites dépressions granuleuses ou diphthéroïdes, fongueuses, sanguinolentes, qui causent des douleurs vives au contact des aliments et gênent les mouvements de l'organe. Ces plaques ulcéreuses ne prennent pas d'ordinaire un grand développement et ne causent aucune perte de substance.

D. Les papules rondes ou ovalaires d'avant en arrière, à surface arrondie, hémisphérique, lisse, rouge et dépouillée de touffes épidermiques, constituent par leur nombre et leur confluence une des éruptions spécifiques les plus importantes de la langue. Leurs bosselures leur donnent l'aspect d'un dos de crapaud. Quand elles se réunissent, elles forment des nappes mamelonnées plus ou moins

volumineuses et épaisses qui sont sillonnées ou entourées de rhagades. En pareil cas, la physionomie de la langue s'éloigne de plus en plus de l'état normal. Son mamelonnement qui est ébauché chez certains individus s'accuse encore plus, même sur les points où il n'y a pas de papules. Tout le chevelu épidermique se raccourcit ou tombe, et la surface inégale, comme capitonnée et labourée de sillons, devient rouge, lisse et parsemée çà et là de plaques ou de traînées opalines.

E. Ajoutez que les papules s'ulcèrent, s'hypertrophient ou se convertissent en végétations. — Leur ulcération reste toujours superficielle. Si toute une papule subissait la fonte nécrobiotique, ce ne serait plus une papule, mais un tubercule. La limite entre les deux lésions est difficile à fixer, surtout à la fin de la période secondaire. — Il y a des papules qui s'hypertrophient, soit en grossissant dans tous les sens et en formant de petites tumeurs muriformes, soit en s'étalant plus qu'elles ne s'élèvent. Dans ce dernier cas, elles prennent quelquefois la forme de grands disques annulaires. J'ai vu un exemple bien remarquable de papule hyperthrophique de la langue, chez un individu arrivé au cinquième mois d'une sypbilis à accidents consécutifs superficiels. Vers la partie moyenne de la langue et sur sa face supérieure, s'élevait, à quelques millimètres au-dessus des parties voisines, une plaque parfaitement circulaire, rouge, lisse, dépouillée d'épithélium, de deux centimètres de diamètre, douloureuse, circonscrite par une sorte de fossé régulier comme elle et assez profondément creusé dans l'épaisseur de la muqueuse. Sur d'autres points, la langue présentait de nombreux disque de desquamation. — Les formes végétantes des papules ne sont pas communes dans la syphilis. Elles s'observent plus fréquemment dans le psoriasis de l'organe. — Les plaques hypertrophiques de la langue peuvent acquérir quelquefois un volume énorme. Chez un malade arrivé au 6e mois de la syphilis, j'en ai constaté une située sur la ligne médiane, en avant du V lingual, qui avait à sa base 2 centimètres de diamètre et faisait une saillie de 1 centimètre. Elle était régulièrement hémisphérique, muriforme, c'est-à-dire hérissée de petits mamelons également hémisphériques, du volume d'un grain de blé, et tous recouverts d'une couche opaline. — Le reste du papillome était d'un rouge sombre. — Cette tumeur fut guérie au bout de 15 jours ou 3 semaines.

Chez un autre de mes malades, j'ai vu survenir, au 5e ou 6e mois de la syphilis, quatre énormes papules condylomateuses, violacées et framboisées sur la moitié ou le tiers postérieur de la langue. — Elles étaient rouges, indolentes et parsemées de taches opalines sur leurs petits mamelons. Cette affection linguale, qui ne présenta aucune gravité, coïncidait avec des plaques opalines confluentes de

l'isthme et des lèvres, avec des plaques muriformes au pourtour de l'anus. Elle fut guérie en un mois. — Le malade avait une plaque muqueuse sur le bord libre de la paupière supérieur d'un œil artificiel en verre; cette plaque développa autour d'elle une zone inflammatoire qui envahit peu à peu toute la cavité conjontivale.

F. Je viens de parler des *disques de desquamation.* C'est une lésion syphilitique qui appartient en propre à la langue et qu'on n'observe que là. Voici en quoi elle consiste : çà et là, sur le dos de l'organe, des surfaces plus ou moins grandes, arrondies, ovalaires, isolées ou confluentes, se dépouillent complètement de leur chevelu épidermique et deviennent *lisses*, comme polies ou vernies, formant contraste en cela avec l'apparence touffue des parties voisines. Aussi les a-t-on nommées *plaques lisses de la langue* (A. Fournier). Je les appelle *disques de desquamation* ou plaques de desquamation, pour montrer qu'elles résultent principalement de la chute de l'épithélium. Je ne saurais mieux comparer cette lésion qu'à une *alopécie de la langue.* N'est-ce pas, en effet, une vraie chevelure que forment sur les papilles coniques ou filiformes les cellules épithéliales qui les recouvrent? Ces cellules se divisent en un certain nombre de filaments longs et fins, terminés en pointe et subdivisés à leur tour. Ils peuvent atteindre jusqu'à $1^{mm},5$, et donnent à l'ensemble de la papille la forme d'un pinceau très mince. La partie épithéliale cornée, implantée sur une papille à peine saillante, a donc une très grande longueur; ajoutez-y les algues qui y végètent. Eh bien, c'est cette herbe, cette chevelure épithéliale qui perd son adhérence aux parties sous-jacentes, devient caduque, se détache spontanément, ou est arrachée et entraînée par le frottement et le passage des aliments et des boissons. A sa place, il ne reste qu'une surface lisse, plane, recouverte simplement par les couches stratifiées du corps muqueux Ne vous imaginez pas que la syphilis secondaire produise seule cette desmaquation. Cette apparence de la langue dépapillée au niveau des lésions syphilitiques de la première époque se retrouve dans les syphilides tertiaires en plaques de la langue. Mais la syphilis seule n'a pas le privilège de desquamer les papilles. Toutes les lésions dermo-papillaires, quelle que soit leur cause locale ou leur origine constitutionnelle, aboutissent là. Aussi, l'état lisse est-il un des phénomènes morbides les plus communs dans ces glossopathies si complexes et si obscures qu'on a englobées sous la dénomination commune, peu rigoureuse, mais acceptée, de *psoriasis de langue,* Ce que ces disques de desquamation ont de remarquable pendant la phase secondaire de la syphilis, c'est leur contour arrondi, ovalaire, leur forme, leur disposition systématiquement circulaire et même circinée. Le nombre et la grandeur des disques de desmaquation sont généralement dans des rapports inver-

ses. Dans un cas j'en ai compté plus de cinquante sur le dos de la langue. Chacun d'eux, parfaitement distinct de ses voisins, avait à peine le diamètre d'une lentille. Leur couleur était d'un rouge sombre ; ils présentaient à leur centre une petite tache opaline. De configuration régulièrement ovalaire, ils avaient leur grand diamètre dirigé d'avant en arrière. Quelquefois les larges disques de desquamation couvrent, en se réunissant, toute la surface de l'organe et ne laissent çà et là que quelques petits îlots de touffes épithéliales. — La langue est alors aussi complètement desquamée que dans la scarlatine.

Au niveau de ces tonsures, le tissu dermo-papillaire ne paraît pas altéré, mais il n'en est pas moins le siège d'une tuméfaction inflammatoire, d'un véritable épaississement du chorion, produit là comme dans toutes les plaques que nous avons étudiées précédemment, par une infiltration embryonnaire et des papilles et de leur couche sous-jacente. C'est sans doute aux troubles de la circulation papillaire qui résultent d'un pareil état, qu'il faut attribuer l'insuffisance de nutrition du chevelu épithélial et sa caducité. Au-dessous des points desquamées, il y a donc un mince *disque* d'hyperplasie. Il peut être très petit ou large ; on en voit de deux centimètres de diamètre et plus. Quand ils sont confluents et se pénètrent, ils sont limités par des contours policycliques. Leur couleur est d'un rouge foncé, mais quelquefois aussi pâle et blanchâtre. Ils ne sont jamais érosifs. Les couches du corps muqueux, qui les recouvrent et ne font jamais défaut à leur surface, peuvent s'amincir ou s'épaissir ; c'est ce qui explique leur différence de coloration.

Sur le mécanisme de l'arrêt des hémorrhagies (1).

Par M. le professeur G. Hayem.

Dans les cas de blessures non mortelles d'un vaisseau, l'hémorrhagie, rapide au début, se ralentit progressivement, puis s'arrête. Pour expliquer ce résultat favorable, on a invoqué la contraction de la paroi vasculaire. Elle est réelle et même énergique pour les artères de moyen et de petit calibres, presque nulle pour les veines. Mais cette contraction ne peut, à elle seule obturer, la plaie. Il a paru simple et naturel de faire alors intervenir la coagulation du sang. Cependant un moment de réflexion montre qu'il y a dans cet arrêt du sang, par formation apparente d'un caillot, quelque chose de particulier dont il faut chercher le mécanisme. En effet, pendant l'hémorrhagie, le sang qui passe entre les lèvres de la plaie vasculaire est toujours nouveau ; que l'on recueille ce sang dans un vase, il ne se transformera en une masse gélatineuse qu'au bout de plusieurs mi-

(1) Communication à l'Académie des Sciences.

nutes. Pourquoi donc se forme-t-il entre les bords de la plaie béante un bouchon solide qui est bientôt assez résistant pour s'opposer à l'issue de toute trace de sang?

Tel est le point sur lequel je pense pouvoir apporter quelques nouveaux éclaircissements.

Après avoir mis à nu la jugulaire externe d'un animal, d'un chien, par exemple, on fait au vaisseau une petite plaie et l'on attend que l'hémorrhagie s'arrête spontanément; puis immédiatement on place une ligature sur le bout périphérique du vaisseau. On peut alors assez facilement faire sortir de la petite plaie un caillot en forme de clou dont la pointe pénètre jusque dans la lumière vasculaire, tandis que la tête s'étale sur la paroi externe de la veine. En plongeant sans retard ce coagulum dans un liquide qui fixe les éléments du sang, on peut ensuite en examiner, à l'aide du microscope, les différentes parties. La pointe et la portion centrale sont grisâtres, visqueuses et composées d'une matière en partie granuleuse, en partie amorphe. Les granulations sont constituées par des amas énormes d'hématoblastes déjà altérés, mais encore très distincts les uns des autres, tandis que la matière amorphe résulte de la confluence en une masse commune et cohérente des hématoblastes les plus altérés. La tête du clou, qui est rouge à l'extérieur, contient au centre un prolongement de la matière visqueuse hématoblastique et à la périphérie des mèches fibrillaires retenant une grande quantité de globules rouges. Dans toute la portion centrale, et à proprement parler obturante, on n'aperçoit que de très rares globules blancs.

Il est donc évident que la fibrine s'est surajoutée à un bouchon condensé, formé presque uniquement d'hématoblastes.

On peut suivre au microscope la formation de ce bouchon en se servant du mésentère de la grenouille.

Après avoir amené dans le champ du microscope une veinule d'un moyen calibre et à paroi bien transparente, on pratique une section incomplète de ce vaisseau à l'aide de la pointe d'un fin scalpel. Il se produit immédiatement une hémorrhagie abondante, et, pendant quelques secondes, on n'aperçoit au niveau de la plaie qu'un tourbillon rouge. Bientôt le flot sanguin se rétrécit et s'écoule plus lentement; il est enserré par une couronne d'éléments fortement accolés les uns aux autres et qui adhèrent à l'ouverture du vaisseau. Quelques instants après, l'orifice de la plaie est surmonté d'une sorte de champignon blanchâtre à travers les éléments duquel les globules rouges s'insinuent péniblement. Loin d'être formé, comme l'ont dit plusieurs observateurs, par des globules blancs, ce champignon est composé par des hématoblastes, qui ont été retenus au passage au fur et à mesure de l'écoulement du sang. Au moment où l'hémorrhagie cesse, ces éléments sont déjà notablement altérés et,

en continuant l'observation, ils subissent sous vos yeux toutes les modifications caractéristiques décrites dans mes travaux antérieurs.

Le bouchon obturateur hématoblastique ne retient qu'un nombre insignifiant de globules blancs. Ceux-ci sont sphériques, lisses à leur surface, nullements adhésifs ; car, en prolongeant l'observation pendant quelques minutes, on les voit, grâce à leur contractilité amiboïde, s'écarter de l'amas des hématoblastes, comme ils le font dans le sang recueilli entre deux lames de verre. Ils ne paraissent donc participer en rien à l'arrêt du sang et ils possèdent encore leurs propriétés physiologiques et leurs caractères anatomiques normaux, alors que les hématoblastes du bouchon hémostatique sont déjà profondément modifiés.

Dans ce processus, les bords de la plaie me paraissent agir à la façon d'un corps étranger. Il est aisé, d'ailleurs, de déterminer directement comment les hématoblastes se comportent à l'égard d'un corps étranger introduit dans le circuit sanguin. A l'aide d'une aiguille un peu courbe et fine, portant un fil d'argent ou de platine, on perfore la veine jugulaire externe d'un animal, d'un chien par exemple, de manière à faire pénétrer dans l'intérieur du vaisseau environ un centimètre du fil. Quand l'opération est bien faite, c'est à peine s'il suinte une goutte de sang aux orifices d'entrée et de sortie.

Au bout de deux à trois minutes (laps de temps suffisant chez le chien, dont les hématoblastes sont très vulnérables), on vide le segment veineux traversé par le fil à l'aide de deux ligature, la première placée sur le bout périphérique, la seconde sur le bout central ; on détache immédiatement le tronçon de veine portant le fil, on l'ouvre après l'avoir plongé dans un liquide fixant les éléments du sang. Déjà le fil est entouré d'une couche grisâtre, à peine rosée çà et là, composée d'innombrables hématoblastes, d'autant plus faciles à reconnaître que le fil est resté moins longtemps en contact avec le sang circulant. Lorsqu'on laisse le fil plus longtemps dans le vaisseau et que le manchon qui l'entoure est devenu plus volumineux, la constitution de ce manchon est alors tout à fait analogue à celle du clou hémostatique qui vient d'être décrit.

Les hématoblastes, ainsi que mes premières recherches pouvaient le faire prévoir, jouent donc un rôle actif et considérable dans le mécanisme de l'arrêt du sang. Ces éléments sont à ce point altérables qu'en arrivant au contact des bords de la plaie ils deviennent adhésifs, comme lorsqu'ils rencontrent un corps étranger. En s'accumulant au pourtour de l'orifice béant du vaisseau, ils y forment un obstacle d'abord insuffisant ; puis les premiers hématoblastes arrêtés, retenant à leur tour ceux que l'issue du sang vient mettre incessam-

ment en contact avec eux, l'orifice de la plaie se rétrécit de plus en plus, jusqu'à ce qu'un bouchon, solide et bien fixé, l'obture enfin.

Les autres éléments du sang et la formation de la fibrine ne participent à ce processus que d'une manière accessoire et secondaire.

Le sang porte donc dans son sein un agent hémostatique puissant, et pour bien faire comprendre ma pensée, je dirai que, s'il était possible de supprimer dans le sang normal tous les hématoblastes, la blessure d'un vaisseau déterminerait une hémorrhagie qui n'aurait plus aucune tendance à s'arrêter spontanément.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 27 février 1882. — *Présidence de* M. le Dr MACHELARD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend des lettres de M. le Dr Durand-Fardel et de M. le Dr Vinache, qui sollicitent le titre de membre titulaire de la Société.

M. le Dr Foucart fait un rapport sur un travail envoyé par M. le Dr Galland à l'appui de sa candidature : De la fièvre intermittente chez les enfants ; il conclut à l'admission de M. le Dr Galland comme membre titulaire de la Société. Ces conclusions sont ratifiées à l'unanimité. M. le Dr Brouardel est nommé à l'unanimité membre honnoraire de la Société.

M. le Dr Berger communique une observation de gangrène humide du pied causée par une embolie. (V. *France médicale*, t. I, n° 67, p. 795).

M. Berger. Cette observation est intéressante à plusieurs titres : on pouvait croire à une gangrène puerpérale, mais l'interrogatoire de la malade et plus tard l'examen nécroscopique ont bien clairement démontré que l'endocardite était la vraie cause de la gangrène. Maurice Raynaud a cité des cas de gangrène semblables après les couches et M. Regg, en 1870, dans la *Lancette* anglaise, a cité un cas de gangrène des deux pieds, des deux mains et du nez, survenue six semaines après l'accouchement et suivi de guérison après l'amputation des quatre membres.

M. Philbert. Dans tous les cas de gangrène, M. Berger a-t-il trouvé du sucre dans les urines ?

M. Berger. Très souvent ; on trouve du reste du sucre dans les urines chez les vieillards atteints de traumatismes, chez les individus atteints de brûlures, d'anthrax ; il y a souvent alors glycosurie et non diabète véritable : car, l'affection chirurgicale guérie, le sucre disparaît ainsi que M. Berger l'a observé dernièrement chez un malade qu'il soignait avec M. le Dr Bernutz ; ce malade était atteint d'un anthrax du dos, et présentait du sucre dans l'urine, l'anthrax

ouvert, on fit faire trois analyses des urines qui montrèrent successivement la diminution, puis la disparition du sucre.

A quelle cause attribuer alors la présence du sucre ? A une excitation du bulbe? M. Berger croit qu'on doit se défier des théories, car les théories physiologiques changent quelquefois.

M. Pruvost. C'est ainsi que dans bien des cas d'appauvrissement de l'économie on constate des néphrites s'accompagnant d'albumine.

M. Machelard admet l'embolie comme cause de cette gangrène, mais il fait observer que les végétations, parties du cœur droit, causent plus de dyspnée que celles parties du cœur gauche, les premières se rendant dans le système pulmonaire.

M. Berger. Il y a eu chez la malade que j'ai citée de l'oppression et de l'anxiété précordiale plutôt qu'une véritable dyspnée pendant trois ou quatre jours; il n'y a pas eu de gêne respiratoire, mais des palpitations tumultueuses, et deux ou trois jours avant l'apparition de la gangrène, des contractions cardiaques insuffisantes.

M. Machelard. Les anthrax diabétiques sont-ils moins communs que les anthrax dus à d'autres causes? D'après Marchal (de Calvi), c'est le contraire qui aurait lieu.

M. Berger. Marchal (de Calvi) ne connaissait pas la coexistence fréquente du sucre et de l'anthrax de toute nature; aussi, rencontrant du sucre dans les urines de malades atteints d'anthrax, il ne voyait pas là une coexistence accidentelle et il donnait la présence du sucre comme cause de l'anthrax, mais à tort.

M. Philbert. M. le professeur Lasègue a signalé l'existence du diabète intermittent.

M. Berger. L'anthrax des vrais diabétiques est fort grave; la gravité de l'anthrax est moindre chez les autres malades.

M. Philbert a cependant vu des affections diabétiques guérissant presque toujours : des cataractes par exemple.

M. Berger croit qu'on ne doit faire, chez les diabétiques, que les opérations indispensables : hernies étranglées, tumeurs mettant la vie en danger, etc.; les opérations des catactes sont suivies quelquefois alors de fonte purulente de l'œil, la ponction du genou détermine la suppuration du genou, de même, du reste, que les opérations faites chez les albuminuriques, alcooliques et cachectiques en général. M. Berger ne croit pas qu'on doive toujours ouvrir les anthrax chez les diabétiques. Chez le malade de M. Bernutz cité plus haut, l'anthrax très dur, ligneux, a été incisé au bistouri, le thermocautère ne pouvant en venir à bout; les incisions faites au bistouri, on a détruit avec le thermo-cautère les cloisons pour agrandir les ouvertures.

En général, M. Berger croit qu'on ne doit pas ouvrir les anthrax diabétiques à moins de douleurs intolérables, d'extension très rapide

ou de complications telles que phlegmons diffus. On ne doit même pas inciser l'anthrax de la face alors même qu'il y a phlébite de la veine faciale et œdème des paupières; en effet, ou l'anthrax s'ouvre spontanément et il guérit, ou il emporte le malade malgré les incisions. Extérieurement on doit panser les anthrax avec le pansement phéniqué.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire général,
Dr E. FOUCART.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 3 au 8 juillet 1882.

CHAMPOMIER. Contribution à l'étude des lésions des troncs veineux de la base du cou dans les fractures de la clavicule. — PÉRIVIER. Etude sur la prostatite chronique. — ROBINEAU. Quelques variétés de tumeurs malignes de la conjonctive.— FOURGUETTE. Essai sur l'emploi thérapeutique de l'iodoforme en oculistique. — GUÉZENNEC. Amputations du membre supérieur (— celle de la main), par divers procédés, spécialement par des procédés elliptiques et des procédés à lambeaux. — PÉRADON. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de la résorcine. — MANOUVRIER. Recherches d'anatomie comparatrice et d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau (1er mémoire). — PICARD. Etude sur l'accouchement prématuré artificiel. — MOMON. De la septicémie péritonéale à la suite de la kélotomie. — WAKEFIELD. Recherches sur la nature et la propagation du choléra asiatique.

NOUVELLES

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Castex et Ramonéde, prosecteurs titulaires. M. Routier a été nommé, à la suite du même concours, prosecteur provisoire pour un an.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour deux places de médecin du Bureau central.* — La seconde épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central (épreuve orale) s'est terminée le mercredi 5 juillet.

MM. les docteurs Barth, Béringier, Brault, Brissaud, Buzot, Chauffart, Chouppe, De Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Josias, Letulle, Lucas-Championnière (Paul), Martin, Merklen, Oulmont, Renaud, Talamon et Tapret ont été admis à subir la troisième épreuve qui a commencé le vendredi 7 juillet. Les questions données ont été : 1° Valeur séméiologique de l'anesthésie; 2° Accidents épileptiformes dans les maladies cérébro-spinales; 3° Des complications pulmonaires dans les maladies du cœur; 4° Des hémorrhagies dans la tuberculose pulmonaire;

5° De l'emploi de la digitale dans les maladies du cœur; 6° De la valeur séméiologique de l'ictère.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 5 juillet, sont nommés :

Au grade de chevalier : MM. Berger (Félix-Alfred), médecin major de 1re classe à l'hôpital de Kairouan (Tunisie). — D'Hennezel (Louis-Alexandre), médecin major de 1re classe au 106e régiment d'infanterie. — Foch (Onésime-Bomard-Louis-Gaudens), médecin major de 1re classe au 26e régiment d'artillerie. — Labrevoit (Louis-René-Abel), médecin major de 1re classe au 37e régiment d'infanterie. — Galzain (Alfred), médecin major de 1re classe au 62e régiment d'infanterie. — Talloir (Paul-Antoine), médecin major de 1re classe au 1er régiment d'artillerie. — Delamare (Georges-Abel), médecin major de 2e classe au 130e régiment d'infanterie. — Lux (Joseph-Emile), médecin major de 2e classe au 8e régiment de dragons. — Villedon-Denaide (Charles-Alphonse), pharmacien major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine. — Lacour (Pierre-Eymard), pharmacien major de 2e classe à la pharmacie centrale de Paris.

MM. Aubry (Alexandre-François), médecin en chef de l'hospice civil de Blois, chargé depuis 32 ans du service des malades militaires. — Duriau (Frédéric-François), médecin de la santé à Dunkerque (Nord); 24 ans de services.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 27 mai 1882, M. le Dr Paul Boncour, ancien interne des hôpitaux, a été nommé médecin du Bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons les premiers numéros d'un journal publié en langue espagnole à Cadix, *la Consulta*, revista de medicina, cirurgia y ciencias auxiliares, sous la direction du Dr José-Ramon de Torres y Martinez.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 30 *juin au* 6 *juillet* 1882. — Fièvre typhoïde, 85, — Variole, 22. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 46. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 49. — Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 69.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 34.

Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 60; au sein et mixte, 35; inconnu, 7. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 100; l'appareil circulatoire, 58 ; l'appareil respiratoire, 61; l'appareil digestif, 44; l'appareil génito-urinaire, 16; la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 6. — Nombres absolus de la semaine, 1.041.

Résultats de la semaine précédente : 960.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 5 JEUDI 13 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 5 Jeudi 13 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Des glossopathies pendant les premières phases de la syphilis.

(*Suite et fin.*) (1)

Par Charles MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

La syphilis desquamative de la langue existe aussi chez les enfants. Signalée dès 1854 par un médecin allemand, Santler de Hadamar, elle a été décrite pour la première fois, en 1872, par M. Bridou, dans sa thèse inaugurale *sur une affection innommée de la muqueuse linguale.* Gubler et M. Barthez la regardaient comme parasitaire. M. Parrot a rattaché à la syphilis héréditaire cette glossopathie dont la nature avait été complètement méconnue. — Voici la description qu'il en a donnée :

« A la pointe de la langue ou sur les bords, on voit apparaître une tache d'un demi-millimètre à un millimètre de diamètre ; blanche, arrondie, au niveau de laquelle l'épithélium est plus épais et plus blanc qu'à l'état normal. Puis, très rapidement, en vingt-quatre ou vingt-six heures, à la place de ce disque laiteux, se montre un anneau blanc circonscrivant une surface rouge, qui est le centre de la tache dont l'épithélium est tombé et où l'on voit les papilles. A partir de ce moment, l'affection s'étend avec une rapidité surprenante, soit vers la région postérieure, soit vers le centre de la langue. Les cercles se transforment bientôt en croissants ou en lignes courbes irrégulières, dont l'ouverture ou la concavité est presque invariablement antérieure. Cette modification dans la forme du mal est due tantôt à son développement au voisinage des bords qui arrêtent sa marche excentrique et rompent les zones épithéliales, car la face inférieure n'est que très rarement envahie ; tantôt à la rencontre de plusieurs cercles et à leur intersection. Dans ce dernier cas, les surfaces récemment desquamées sont limitées par de véritables festons.

« Chaque circonscription malade présente quelques particularités qui méritent d'être signalées. Tout à fait à la périphérie et la bordant, au moins dans une partie de son étendue, on voit une zone d'un blanc mat, qui tranche nettement, par sa couleur et sa saillie, sur la portion de l'organe qui n'a pas encore été envahie ; mais bien plus encore sur celle qui vient de l'être. Cette zone peut avoir de un à deux millimètres de large et un relief d'un demi-millimètre au moins, quand on l'examine du côté de la surface desquamée. Celle-ci n'est pas identique dans tous ses points. Tout près de la zone épithéliale,

(1) Voir *France médicale*, n° 4, p. 37.

c'est-à-dire là où elle est plus récente, elle est très lisse et d'un rouge vif. Plus en dehors et en avant, cette apparence, bien qu'elle soit encore très manifeste, s'atténue, et les parties primitivement atteintes reprennent peu à peu leur physionomie primitive.

« Quelles que soient la rapidité et l'activité de l'affection, il est bien rare que la surface tout entière de la langue soit desquamée par une de ces atteintes partielles; presque toujours il reste, en arrière et au centre, quelques points qui ne sont pas touchés. Mais souvent aussi, avant que l'une d'elles ait terminé sa marche, une autre se manifeste qui prend la même direction qu'elle, et de la sorte il m'est arrivé, comme à M. Bridou, de voir en même temps trois séries de zones desquamatives s'étendre progressivement de la pointe vers la région postérieure de l'organe, comparables à ces ondulations successives qui rident concentriquement une surface liquide, quand des chocs répétés atteignent l'un de ses points.

« La durée de l'affection, considérée dans son ensemble ou dans chacune de ses atteintes, est difficile à déterminer; ces dernières dépassent rarement cinq ou six jours. Elle peut sommeiller durant quelques mois, peut-être même plusieurs années, pour se montrer de nouveau pendant une nouvelle période d'activité et sous des influences que jusqu'ici il m'a été impossible de découvrir. » (*Progrès médical*, 1881, p. 192.)

L'étude de la glossopathie desquamative chez les enfants atteints de syphilis héréditaire a été faite sur des coupes, par MM. Parrot et H. Martin. Elle a donné les résultats suivants :

Au niveau des points malades, tuméfaction et épaississement de l'épithélium. — Augmentation de volume des cellules de la couche cornée, ainsi que de celles du corps de Malpighi qui sont en outre le siège d'une prolifération plus active. — Dans les papilles et dans les portions sous-jacentes du derme, autour des vaisseaux, grand nombre de corpuscules lymphoïdes, disséminés ou en groupes plus ou moins compactes, ce qui prouve bien que le derme est le siège principal et primitif de l'affection.

Il sera toujours facile de distinguer cette affection de celles, également desquamatives, qui produisent sur la langue la scarlatine, le muguet et les aphthes. Elle est plus fréquente de six mois à trois ans que de trois ans à six ans, parce que la syphilis héréditaire est surtout active pendant les trois premières années de la vie. — M. Parrot ne pense pas qu'elle soit contagieuse, parce qu'elle ne s'accompagne ni d'érosion ni de suintement, et que la plupart des sujets qui en sont atteints ont passé l'âge où la maladie est communicable.

Les plaques de desquamation qui sont si caractéristiques se reproduisent et durent quelquefois bien longtemps. Je les ai vues persister jusqu'au delà de la troisième année et survivre à toutes les autres

manifestations de la période secondaire. Quand il en est ainsi, il est à craindre qu'une autre affection non spécifique envahisse l'organe. C'est ainsi, en effet, que débute souvent le psoriasis lingual non spécifique. Sur ces lésions qui se prolongent indéfiniment et deviennent irrégulières dans leur contour, il se fait à la longue une sécrétion épidermique d'un blanc d'argent, ous forme de taches, de stries, de bandes de petites plaques cornées, etc. En même temps le mamelonnement de l'organe s'accuse : son derme se durcit, ses bords se festonnent, il s'ulcère, devient papillomateux, etc. ; le psoriasis est constitué. Dans cette période intermédiaire de la transformation, il est bien difficile et même impossible d'établir la part qui revient à la syphilis ou aux causes morbigènes qui lui sont étrangères et qu'elle n'a fai, que mettre en jeu. En général, dans la syphilis, le mamelonnementt l'état capitonné de la langue, l'épaississement et la résistance du derme lingual ne sont pas ausi prononcés que dans le psoriasis. Mais, comme je vous le disais plus haut, les attaques répétés de glossopathie secondaire finissent par entraîner une sclérose diffuse du dos et des bords de la langue, qui ne diffère point sensiblement de celle du psoriasis, ni des lésions de la phase tertiaire. Ce sont toutes ces circonstances qui rendent parfois si difficile le diagnostic des glossopathies vers la troisième, la quatrième ou la cinquième année de la syphilis et plus tard.

Il y a une remarque générale à faire au sujet du psoriasis lingual non syphilitique. Les lésions qui le caractérisent ne franchissent pas en arrière la base de la langue; elles ne se répandent point sur la muqueuse des piliers, des amygdales, du voile du palais. Dans les glossopathies spécifiques au contraire, surtout pendant la période secondaire, on trouve presque constamment sur l'isthme la même éruption papuleuse que sur la langue. Cette coïncidence, sans compter les autres, est décisive dans la question du diagnostic. Si on n'interrogeait pas les antécédents, si on ne tenait pas compte de la durée du psoriasis non syphilitique qui est toujours très longue et presque indéfinie, de son innocuité au point de vue de la contagion, etc., en un mot de toutes les circonstances actuelles ou antérieures, principales ou accessoires de l'affection bucco linguale, dans bien des cas il ne serait pas possible, d'après la seule inspection des parties atteintes, de diagnostiquer sa nature.

Les squames du psoriasis bucco-lingual non spécifique sont disposées sous forme de nappes, de bandelettes, de stries, de plaques, etc. Contrairement à ce qui arrive quelquefois dans les plaques opalines syphilitiques, elles n'affectent aucune configuration spéciale. Ces squames peuvent devenir véritablement cornées et se détacher sous forme de folioles blanchâtres, à contours minces, unis ou dentelés. La nappe qu'elles forment arrive parfois à recouvrir les parties sous-

jacentes d'une carapace inégale, blanche, nacrée, dont la surface supérieure est rugueuse et parsemée de mamelons plus ou moins volumineux. Ce fait ne se produit point dans la syphilis. Même condensation squameuse sur la commissure des lèvres, sur les lèvres et les joues, mais moins fréquemment que sur la langue. — La teinte que présente l'épithélium induré n'est pas opaline, mais plutôt d'un blanc cru, éclatant, comme celui du lait ou du chlorure d'argent. Cette blancheur lactée de l'épithélium est tellement remarquable qu'elle me paraît constituer l'un des caractères les plus frappants, les plus pathognomoniques de certains psoriasis herpétiques, arthritiques ou pathogénétiques.

Les érosions plus ou moins arrondies qu'on observe assez souvent dans le psoriasis bucco-lingual pourraient en imposer facilement pour des plaques muqueuses ; mais, outre qu'elles coexistent avec les squames lactées, leur surface ne se recouvre pas habituellement de productions couenneuses diphthéritiques, si communes dans les syphilides muqueuses de la bouche et de la langue. — Les érosions spécifiques affectent une forme circulaire plus régulière ; elles sont quelquefois irisées et à zones concentriques de nuances rouges variées, plus sombres en général à leur centre, où elles apparaissent et sont parfois ecchymotiques. On sent qu'il y a là une lésion qui forme un tout à elle seule ; c'est un véritable foyer morbide auquel rien ne manque, pas même la virulence. Il ne s'agit plus, en effet, comme dans le psoriasis commun de la mise à nu fortuite, accidentelle et pour ainsi dire traumatique du derme, par suite de la chute spontanée ou de l'arrachement d'un épithélium malade. Notez aussi que dans le psoriasis commun l'état congestif de la muqueuse bucco-linguale est plus prononcé que dans les syphilides, que les veines et les capillaires veineux deviennent variqueux, que les glandes mucipares s'hypertrophient, que la végétation des papilles s'élève quelquefois jusqu'à la formation des papillomes, que l'état capitonné, mamelonné est plus accusé et surtout plus permanent, que la sclérose est plus parcheminée, etc., etc. Je reviendrai sur ces questions de diagnostic différentiel au sujet des glossopathies tertiaires. Je les ai longuement traitées dans mon ouvrage sur le *Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale* (1), Je terminerai en vous faisant remarquer que le retentissement ganglionnaire étant nul dans les deux affections ne peut nous venir en aide que dans les cas graves où le psoriasis commun se transforme en épithélioma.

Dans toutes les glossopathies, même dans les plus superficielles, il faut explorer la langue avec la palpation sur tous ses points pour juger de sa souplesse ou de sa dureté, de son homogénéité ou de la

(1). Adrien Delahaye, libraire-éditeur. Paris, 1875

présence de tumeurs dans ses parties profondes et au-dessous de sa muqueuse, etc. Vous y sentirez quelquefois de petites nodosités, même pendant la période secondaire; ce ne sont pas toujours des gommes. Cependant j'ai vu ces dernières lésions survenir dans la langue à une époque très rapprochée de l'accident primitif, se ramollir, suppurer et se convertir en ulcérations profondes et anfractueuses, etc.

Les glossopathies secondaires présentent de nombreux degrés. Il y en a beaucoup qui sont insignifiantes; mais il faut se méfier de celles qui se répètent fréquemment, qui deviennent envahissantes en surface et en profondeur, qui dépassent le terme habituel de la période virulente, qui se reproduisent sans cause occasionnelle évidente au bout de 4 ou 5 ans, en dehors de toute autre manifestation constitutionnelle. On doit craindre alors ou bien un psoriasis chronique et interminable ou bien une glossopathie tuberculo-gommeuse.

De l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie (1).

Par MM. Péan et Baldy.

MM. Péan et Baldy, après avoir eu connaissance des expériences de MM. Paul Bert et P. Regnard sur les effets de l'eau oxygénée, se sont livrés, à l'hôpital Saint-Louis, à une série de recherches pour étudier les applications qu'on en pourrait faire en chirurgie. Bien que ces recherches demandent à être poursuivies pour répondre à toutes les questions qui ne peuvent manquer d'être soulevées à cet effet, ils ont pensée que les résultats qu'ils ont obtenus méritaient dès maintenant d'être soumis à l'appréciation de l'Académie.

L'eau oxygénée qui a servi à ces recherches a été préparée par M. Baldy, de telle façon qu'elle fût absolument neutre. Elle contient de six à deux fois son volume d'oxygène. Les auteurs font ainsi connaître les résultats qu'ils ont obtenus :

Nous avons, disent-ils, tout d'abord employé l'eau oxygénée à l'extérieur pour les pansements des grands traumatismes et des ulcérations de diverses natures, en injections dans les plaies fermées et drainées, dans certaines cavités, telles que la vessie, les fosses nasales, en vaporisation pour remplacer l'acide phénique dans le cours des grandes opérations, telles que l'ovariotomie. Nous l'avons également donnée à l'intérieur, à la dose de 2 à 5 gr. d'eau oxygénée contenant 6 fois son volume d'oxygène, à un certain nombre d'opérés et dans certaines affections, telles que l'urémie, la septicémie, l'érysipèle, le diabète, la tuberculose, et plus particulièrement chez les opérés tuberculeux.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Nos pansements sont faits à l'aide de compresses de tarlatane recouvertes de feuilles de baudruche très minces destinées à empêcher son évaporation, et maintenues par des bandes. Nous y ajoutons une plus ou moins grande épaisseur d'ouate lorsqu'il est indiqué d'exercer une certaine compression et d'obtenir l'immobilisation. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer un tube à drainage, des injections d'eau oxygénée, à un ou deux volumes d'oxygène, sont pratiquées par ce tube. Pendant la durée des grands pansements, l'atmosphère des plaies est modifiée par des pulvérisations d'eau oxygénée contenant de 4 à 6 fois son volume d'oxygène.

Les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici sont des plus encourageants. En effet, ils ont été satisfaisants, non seulement dans les petites opérations, mais aussi dans les grandes amputations des membres, dans les petites plaies faites par l'ablation de tumeurs volumineuses, dans les graves blessures accidentelles, dans les incisions de trajets fistuleux, dans les ouvertures d'abcès profonds, intra-articulaires ou autres.

Sous l'influence de l'eau oxygénée, les plaies récentes faites avec le bistouri ou le thermocautère, les plaies anciennes même recouvertes de parties sphacélées, compliquées de lymphangite ou d'érysipèle, prennent rapidement un bon aspect et se couvrent de bourgeons rosés qui fournissent un pus assez abondant, mais crémeux et sans odeur. Nous avons également constaté une tendance favorable à la réunion par première intention des plaies d'amputation et une cicatrisation rapide des plaies anciennes et des ulcérations chroniques.

Ce n'est pas seulement au point de vue local que nous avons obtenu de bons résultats; mais nous avons aussi constaté une notable amélioration, dans bon nombre de cas, au point de vue de l'état général, en particulier une diminution très marquée de la fièvre traumatique, ainsi qu'une très légère élévation du pouls et de la température.

En résumé, les résultats que nous avons obtenus par l'emploi de l'eau oxygénée nous ont paru au moins aussi avantageux, sinon plus, que ceux que l'on peut retirer de l'alcool simple ou camphré et de l'acide phénique. Elle a, en outre, sur ce dernier l'avantage de ne pas produire d'effets toxiques et de n'avoir pas de mauvaise odeur ; son application n'est pas douloureuse.

Ces résultats nous ont paru plus particulièrement avantageux dans les ulcères variqueux des membres, dans les abcès intra-articulaires, l'ozène, la cystite purulente.

Nous possédons aujourd'hui près de cent observations qui confirment ce que nous venons d'avancer relativement aux bons effets de l'eau oxygénée. Aussi croyons-nous pouvoir terminer par les conclusions suivantes :

1° L'eau oxygénée, c'est-à-dire contenant selon les cas six à deux fois son volume d'oxygène, paraît devoir remplacer avantageusement l'alcool et l'acide phénique.

2° Elle peut être employée, à l'extérieur, pour le pansement des plaies et des ulcérations de toute nature, en injections, en vaporisations; à l'intérieur, chez un certain nombre d'opérés, dans un certain nombre d'affections chirurgicales ou autres.

3° Les résultats obtenus, même à la suite des grandes opérations, sont jusqu'ici des plus satisfaisants. Non seulement les plaies récentes, mais aussi les plaies anciennes et même couvertes de parties sphacélées, marchent vers la cicatrisation. La réunion par première intention des plaies d'amputation paraît être favorisée par ce mode de pansement.

4° L'état général, de même que l'état local, semble heureusement influencé. La fièvre traumatique est plus modérée.

5° Les avantages de l'eau oxygénée sur l'eau phéniquée sont de ne pas avoir d'effet toxique, ni de mauvaise odeur; son application n'est nullement douloureuse.

6° Outre les plaies chirurgicales, les affections qui semblent le plus heureusement influencées par l'eau oxygénée sont les ulcérations de toute nature, les abcès profonds, l'ozène, la cystite purulente.

M. Paul Bert, à la suite de cette communication, fait observer qu'il y a, dans l'application chirurgicale de l'eau oxygénée, deux concomitants à considérer: la mort de tous les microbes, puis l'action sur la plaie de l'oxygène incessamment dégagé.

Il ajoute que des expériences sur l'action parasiticide de l'eau oxygénée sont commencées par lui et par M. P. Regnard, en ville et dans les hôpitaux. Elles ont déjà donné des résultats d'apparence favorable dans le traitement des teignes, des pityriasis, etc. On fait aussi des essais sur la diphthérie.

Il appelle l'attention des praticiens sur ce fait que l'eau oxygénée, telle qu'on la trouve chez la plupart des fabricants de produits chimiques, contient une notable quantité d'acide sulfurique, si bien que son emploi ne serait pas sans danger.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *juillet* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

M. Vidal (d'Hyères) lit un travail sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les cautérisations au fer rouge de la surface cutanée.

NEUF CAS DE GUÉRISON DE LA RAGE. — *M. le Secrétaire général* lit au nom de *M. Decroix*, vétérinaire principal en retraite, un travail dont voici les conclusions :

Conclusions. — 1° Il est démontré expérimentalement que la rage peut guérir spontanément.

2° Jusquà ce jour, aucun traitement n'a fait ses preuves anti-rabiques, et les cas de guérison attribués à tel ou tel médicament peuvent aussi bien être attribués aux efforts de la nature.

3° Tous les moyens empiriques ou rationnels, essayés par le comité de la rage depuis 1874, y compris les injections d'azotate de pilocarpine, ont plutôt hâté que retardé la mort des sujets.

4° Les chiens qui ont guéri ayant été laissés dans le calme, et les médications provoquant généralement des accès épuisants, il y a indication, dans l'état actuel de nos connaissances, de laisser les hommes enragés dans le plus grand calme, réservant les expériences pour les animaux.

5° L'émoussement des dents du chien, opération facile et peu douloureuse, est encore le préservatif le plus efficace contre la propagation de la rage.

6° Les sujets enragés, laissés dans l'obscurité et le calme, n'ont point des accès aussi épouvantables, à beaucoup près, que s'ils sont irrités par les provocations et les médications ordinaires; et, en ce qui me concerne, je préférerais être atteint de la rage, que de bien d'autres maladies, et, en particulier, du *chancre rongeur des fumeurs*.

Élections. — L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre dans la section de physique et chimie médicales.

La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, *ex-æquo* MM. Gariel et Javal ; en deuxième ligne, M. Bouchardat ; en troisième ligne, M. Hardy ; en quatrième ligne, M. Onimus,

Au premier tour de scrutin, sur 68 votants, majorité 35, M. Gariel est élu par 57 suffrages, contre 5 à M. Javal, 3 à M. Onimus, 2 à M. Bouchardat, 1 M. Hardy.

Rapport sur les eaux minérales. — *M. Proust* lit le rapport officiel sur le service médical des eaux minérales en France pendant l'année 1880.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

Rapport sur les épidémies. — *M. H. Gueneau de Mussy* lit le rapport de la commission des épidémies pour l'année 1880. Les documents envoyés au secrétariat sont absolument insuffisants. Cette pénurie progressive de documents relatifs à la santé publique tient à l'indifférence générale et à la tendance au dénigrement vis-à-vis des prescriptions de la science.

La seconde partie de ce rapport sera lue en comité secret.

A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des deux rapports ci-dessus.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des névroses (2e édit. augmentée de 700 pages), par A. *Axenfeld* et *Huchard*, 1 vol. in-8°. Paris, Germer-Baillière, 1882.

Si parfois certains auteurs, séduits par les rapides progrès de l'anatomie pathologique, ont pu soutenir avec quelque apparence de raison que la classe des névroses était appelée à disparaître un jour du cadre morbide, forcé est bien de reconnaître que cette espérance est encore prématurée. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur l'ouvrage considérable que vient de publier M. Huchard, sous le titre modeste de 2e édition du Traité des névroses d'Axenfeld.

Refondre et compléter l'œuvre d'un auteur qui n'est plus est une tâche ingrate souvent, difficile toujours. M. Huchard s'en est acquitté à son honneur. Avec un pieux respect, il s'est attaché à conserver le plan de son maître en se bornant à l'élargir et à le compléter, et les développements considérables qu'il a dû introduire dans la plupart des chapitres sont si bien reliés au texte original qu'ils font absolument corps avec lui : sans le signe particulier dont M. Huchard a marqué les nombreux passages dont il est l'auteur, on serait hors d'état, la plupart du temps, de distinguer les soudures, et de reconnaître toute l'importance de la seconde rédaction.

L'ouvrage d'Axenfeld, dont la première édition remonte aujourd'hui à près de vingt ans, se divisait en trois parties comprenant : 1° les névroses de la sensibilité ; 2° les névroses du mouvement ; 3° les névroses complexes. Son continuateur n'a pas modifié ce plan ; on peut regretter qu'il ait renoncé à y introduire une 4e section, celle des névroses vaso-motrices et trophiques. Nous y aurions gagné la description d'une série d'affections dont l'anatomie pathologique est encore bien douteuse : le goitre exophthalmique, l'asphyxie locale des extrémités, la sclérodermie, l'atrophie lamineuse de la face, l'asthme nerveux, etc. Malgré ces lacunes, qui sont volontaires, nous dit la préface, le cadre est encore extrêmement vaste, et il a fallu à M. Huchard tout son courage, tout son dévouement à la mémoire de son maître, et son infatigable ardeur au travail, pour ne pas reculer devant l'immensité d'une pareille tâche.

Car la science marche vite aujourd'hui, ou du moins les recherches se multiplient avec une abondance qui défiera bientôt l'érudition la plus active : aussi pour mettre au courant ce livre vieux à peine de vingt ans, n'a-t-il pas fallu y ajouter moins de *sept cents* pages. Nul ne regrettera cette extension considérable en mesurant l'étonnante richesse des documents accumulés par M. Huchard, et qui font de son livre le répertoire le plus complet que l'on puisse consulter sur l'histoire si difficile et si compliquée des névroses. Plusieurs chapi-

tres importants ont été ajoutés, tels que la *névralgie diaphragmatique*, les *tremblements en général*; la *maladie de Parkinson*, les *paralysies d'origine viscérale et périphérique*, le *nervosisme chronique* ou *neurasthénie*, etc. Beaucoup d'autres ont été entièrement refondus ; ainsi les *névralgies en général et en particulier*, la *migraine*, l'*angine de poitrine*, le *vertige*, les *spasmes fonctionnels*, les *contractures*, l'*épilepsie*, la *chorée* et l'*hystérie*. L'histoire de cette dernière maladie, qui résume en elle seule toutes les névroses, a reçu des développements en rapport avec l'importance des travaux récents; les découvertes de l'école de la Salpêtrière sont relatées avec l'attention qu'elles méritent, et leurs résultats soumis à une critique aussi éclairée que judicieuse ; enfin des paragraphes entièrement inédits ont été ajoutés, notamment sur l'hystérie viscérale, les troubles sécrétoires dans l'hystérie, le caractère, les mœurs et l'état mental des hystériques. En lisant ces pages originales, aussi remarquables par l'élégance du style que par la profondeur de l'observation, il n'est pas un médecin qui ne sente se réveiller ses souvenirs cliniques, et beaucoup d'idées vagues prendre un corps.

La plupart des livres de médecine sont composés presque uniquement à l'aide de matériaux recueillis à l'hôpital, ce qui les rend forcément incomplets, car la médecine hospitalière n'embrasse qu'une partie de la pathologie, on pourrait même ajouter la moindre. Il est une foule de maladies qu'on ne voit pas, ou qu'on voit fort imparfaitement à l'hôpital : c'est dans la pratique privée seulement qu'on peut étudier les maladies chroniques, constitutionnelles et héréditaires ; c'est là uniquement qu'on parvient, par l'observation prolongée des malades, par la connaissance approfondie des antécédents de famille, à connaître et à préciser la nature, l'origine et la filiation des accidents constatés.

Cette remarque s'applique tout particulièrement à l'étude des névroses, ces affections presque toujours chroniques, d'une observation difficile, où les phénomènes subjectifs prennent souvent un rôle prépondérant et où par conséquent la recherche patiente des faits, l'étude assidue et la fréquentation répétée des malades peuvent seules fournir des résultats dignes de foi. Cependant les documents tirés de la pratique civile sont rarement mis à contribution par les auteurs et presque tous leurs travaux, empruntés à la médecine hospitalière, nous montrent seulement le côté superficiel et grossier de la pathologie.

M. Huchard a su éviter cet écueil : il a puisé largement dans l'immense mine de faits que lui offrait la pratique privée, et grâce à ces matériaux il a pu enrichir son livre d'une foule de détails, ou nouveaux ou peu connus. Parmi les chapitres entièrement neufs qui donnent un intérêt particulier à l'ouvrage que nous étudions et en font

un livre véritablement nouveau, il n'en est pas de plus intéressant que celui consacré à la *neurasthénie*. M. Huchard, guidé par la vaste expérience clinique dont on sent la trace à chaque ligne, a pu décrire avec autant de précision que de détails cette maladie singulière, connue des anciens, vaguement décrite par eux sous le nom d'hypochondrie, et qui, rarement observée à l'hôpital, se voit surtout dans les classes aisées de la société, où elle prend une fréquence chaque jour plus grande.

Nous ne pouvons songer à entreprendre ici l'analyse approfondie de l'ouvrage de MM. Axenfeld et Huchard : une pareille tâche, quand même elle ne dépasserait pas nos forces, exigerait des développements qui nous sont interdits. Il faut nous borner à recommander vivement la lecture de ce livre, qui vient combler une lacune sérieuse dans la littérature médicale française, et jeter sur un des points les plus obscurs de la pathologie toutes les clartés de la science contemporaine.

Une riche bibliographie, vrai chef-d'œuvre d'érudition, précède chaque chapitre et fournit aux travailleurs tous les renseignements que peuvent exiger les recherches les plus minutieuses.

H. Barth.

NÉCROLOGIE

Le *Lyon médical* nous annonce la mort de M. le docteur Pierre-Jules Davallon, pharmacien de 1re classe, mort à l'âge de 81 ans. M. Davallon a exercé la pharmacie à Lyon pendant près d'un demi-siècle et il est resté pendant trente ans professeur de pharmacie à l'Ecole de médecine. — Le Dr Mannéchalle, vient de mourir à Lyon à l'âge de 66 ans. — Le Dr Jean Ennemond Berquet, de Beaurepaire (Isère), est mort dans cette ville à l'âge de 60 ans. — Le Dr John T. Hodgen, doyen de la Faculté de médecine de St-Louis (Etats-Unis), est mort le 27 avril à l'âge de 56 ans. Hodgen était professeur d'anatomie chirurgicale, de fractures et luxations à la Faculté et professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Cité. — Le Dr Lauvergne, médecin en chef de la marine et professeur à l'école de médecine navale de Brest, est mort le 23 juin d'une attaque d'apoplexie.

Nous apprenons également la mort de M. le Dr Bernadet, de Barsac.

Le Dr Gilles de la Tourette (Léon) est mort à Londun (Vienne) le 1er juillet, à l'âge de 54 ans. Le Dr Gilles de la Tourette, était un archéologue des plus distingués. Il avait été nommé en 1874 médecin principal des chemins de fer de l'Etat.

Le Dr Bergiat est décédé à Beaurepaire (Isère).

Le corps médical de Liège vient de perdre son doyen et en même temps l'un de ses membres les plus distingués. M. Nicolas-Joseph-Victor Ansiaux, docteur en médecine, chirurgie et accouchements; professeur

émérite à la Faculté de médecine de l'Université de Liège ; médecin et chirurgien honoraire des hospices civils; membre honoraire de l'Académie royale de médecine de Belgique, est mort le 24 juin dernier, à l'âge de 81 ans.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Les candidats aux différents concours du clinicat sont au nombre de 27 ; les membres du jury sont également désignés. Ce sont :

Clinicat médical. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter et Cornil ; 2° Candidats : MM. Brault, Brissaud, Comby, Decaisne, Faisans, Gaucher, Juhel-Rénoy et Leroux.

Clinical chirurgical. — 1° Jury : MM. Richet, Gosselin, Le Fort, Duplay et Guyon ; 2° Candidats : MM. Bazy, Desnos, Jullien, Petit (Charles), Prengueber et Segond.

Clinicat obstétrical. — 1° Jury : MM. Pajot, Depaul, Verneuil, Trélat et Le Fort ; 2° Candidats : MM. Bar, Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Maygrier et Stapfer.

Clinicat des maladies des enfants. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter, Cornil et Parrot ; 2° Candidats : MM. Leroux et Variot.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter, Cornil et Fournier ; 2° Candidat : M. Leloir.

Clinicat des maladies mentales. — 1° Jury : MM. Ball, Bouchard, Brouardel, Lasègue et Jaccoud ; 2° Candidats : MM. Boyé, Millet, Rueff et Vallon.

Conseil municipal. — Le Dr Louis Fiaux vient d'être nommé conseiller municipal pour le quartier de Saint-Vincent-de-Paul.

Sénat, séance du 4 juillet. — M. l'amiral Jauréguiberry, ministre de la marine et des colonies, a déposé sur le bureau du Sénat un projet de loi adopté par la Chambre des députés, sur l'assimilation au grade de capitaine de frégate : des médecins et pharmaciens professeurs, des médecins et pharmaciens principaux.

L'urgence a été déclarée.

AVIS. — Les ateliers étant fermés le jour de la Fête nationale du 14 juillet, la France médicale ne paraîtra pas samedi prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Année médicale (1881) vient de paraître à la librairie E. Plon et Cie. Cette utile publication, qui est à sa quatrième année, est fort appréciée du public médical, dans la bibliographie duquel elle comble une lacune importante. Le volume de cette année a été augmenté des faits nécrologiques et de l'indication des principales réformes accomplies dans l'enseignement médical et dans l'assistance publique. — Un vol in-18. Prix, 4 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 6 SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUILLET 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 6 SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 6 — Samedi 15 et Mardi 18 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. LE DENTU.

Epiplocèle sphacélée.

Par M. Walter,
Interne des hôpitaux.

La nommée Lancien (Victoire), âgée de 69 ans, domestique, est entrée le 6 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, lit n° 59.

Cette malade, malgré son grand âge, est encore très robuste et affirme du reste n'avoir jamais été malade jusqu'à l'apparition de l'affection qui la fait entrer à l'hôpital. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a trente-trois ans.

Depuis neuf ou dix ans, elle porte dans l'aine droite une grosseur dont le volume s'est accru progressivement et très lentement jusqu'à atteindre les dimensions d'un œuf de poule. Cette grosseur était apparue brusquement et ne déterminait d'autres symptômes qu'une sensation de gêne et de tiraillement si légère et si facile à supporter que la malade ne songea point à consulter un médecin et ne porta jamais un bandage dont quelques personnes lui avaient conseillé l'emploi. A aucun moment, elle ne ressentit de douleurs dans l'abdomen ; jamais elle n'eut de vomissements ni aucun trouble digestif autre qu'une constipation habituelle.

La hernie se réduisait assez facilement au début ; mais depuis plusieurs années elle ne rentrait plus.

Il y a une vingtaine de jours, constipation opiniâtre qui dure une semaine entière ; à cette constipation succèdent des selles abondantes et fréquentes pendant deux jours ; puis, brusquement, il y a neuf jours, au milieu de la nuit, la malade est prise de vomissements et ressent en même temps une douleur violente dans la tumeur qui augmente rapidement de volume.

La constipation dure depuis ce moment absolue et, d'après la malade, sans émission de gaz ; les vomissements s'arrêtèrent le lendemain matin et n'ont point reparu. Les jours suivants la malade accuse des frissons et des sueurs abondantes ; la tumeur, dont le volume avait presque doublé, est devenue rouge et la douleur a peu à peu diminué d'intensité pour faire place à une sensation de brûlure.

Le 5. La tumeur s'est ouverte et un liquide purulent, d'une odeur infecte, s'en est écoulé en assez grande quantité (un verre environ, au dire de la malade).

Malgré tous ses accidents, malgré la douleur qui rendait la marche

très pénible, la malade n'a pas gardé le lit et a travaillé jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital.

A ce moment on constate l'existence d'une tumeur située au-dessous de la moitié interne de l'arcade crurale, d'un rouge sombre, abcédée, recouverte à sa partie culminante d'une eschare noire allongée parallèlement au pli de l'aine. La pression exercée sur cette eschare ne fait sourdre que du pus sans aucune trace de matières fécales. La tumeur est ramollie à son sommet, dure à sa base qui paraît s'enfoncer profondément à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Par la palpation de l'abdomen, on perçoit nettement l'existence d'une corde épiploïque, obliquement tendue en bas et en dehors jusqu'en arrière de l'arcade crurale.

L'état général est bon, l'apyrexie complète, 37,2 ; pas de vomissements, pas de nausées, mais constipation absolue. Le ventre est ballonné.

Le diagnostic n'est aujourd'hui pas douteux.

Les connexions profondes de la tumeur, l'existence d'une corde épiploïque, la marche des accidents montrent qu'il s'agit d'une épiplocèle crurale sphacélée ayant donné lieu à quelques signes d'entérocèle étranglée. On applique des cataplasmes sur la tumeur et on administre un lavement purgatif qui détermine deux selles copieuses, le soir même et le lendemain matin.

Le 8. L'eschare se détache et laisse à découvert une plaie à bords irréguliers et excavés dont le fond est formé de bourgeons mamelonnés recouverts d'un peu de pus et qui présentent bien l'aspect de l'épiploon suppurant.

Autour de la plaie, rougeur assez vive. L'eschare était très épaisse et non seulement la peau était sphacélée, mais aussi toute la masse de la tumeur qu'on enlève par lambeaux sous lesquels on trouve ces bourgeons rouges épiploïques qui correspondent au pédicule de la tumeur.

Le 9. Deux selles pendant la nuit. Très bon état général.

Le 11. Constipation. Un verre d'eau de Sedlitz.

Le 12. Purgatif insuffisant. Deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 13. Six selles copieuses. Bon état général.

La suppuration est très abondante ; le gonflement des bords de la plaie a complètement disparu. La plaie est rose et couverte de bourgeons charnus.

Les jours suivants, la cicatrisation marche régulièrement et assez rapidement. La constipation habituelle nécessite l'administration fréquente de purgatifs légers.

Le 20 février. La plaie est absolument cicatrisée et la malade n'est encore retenue quelque temps à l'hôpital que par une dacryocystite suppurée qui se déclare au moment où elle allait sortir.

Il semble donc qu'il y ait eu ici dans une épiplocèle ancienne deux poussées inflammatoires dont la seconde, très violente, a déterminé un véritable étranglement et consécutivement le sphacèle.

HYDROLOGIE MÉDICALE

L'Eau de Renlaigue.

Renlaigue, qui signifie, dans l'ancienne langue romane de l'Auvergne, le rocher qui rend l'eau (*renn l'aiguo, reddit aquam*), est une source qui coule dans la commune de Saint-Diery, de l'arrondissement d'Issoire, située dans une des vallées qui descendent des massifs des Monts Dore vers l'Allier.

Connue fort anciennement, puis tombée dans l'oubli et employée seulement par les gens des environs qui appréciaient fort, cependant, ses qualités agréables non moins que ses propriétés curatives, l'eau de Renlaigue voit sa vogue grandir sans cesse depuis 1872, — époque où elle fut approuvée par l'Académie de médecine sur un rapport de M. Mialhe fait au nom d'une commission composé
MM. Poggiale, Gubler, Ossian Henry, de Kergaradeck et Hér
et le jour est proche où cette eau transportée prendra rang
premières et les plus appréciées des médecins et du pub

Ce pronostic est pleinement justifié par l'exposé suc
position, de son action physiologique et de ses ind
tiques.

L'Eau de Renlaigue jaillit d'un terrain ba
une température variant de 12 à 15°, ave
d'acide carbonique. La source donne p
parfaitement claire et limpide, for
nique, d'un goût frais et piquant
elle n'en altère pas la couleur
par son principe gazeux et a

0.012
traces

Analysée une première
une seconde fois offici
professeur à l'Ecole ... il
de l'Académie de ...utaires
Renlaigue con

C ...elot ont démontré
...ale, mais à la condition
..., ainsi que l'a dit Rabuteau,
...orure au contact de l'acide chlo-
...augmentent la sécrétion de ce liquide »,
...xpériences de Charles Richet, pris à hautes
..., au lieu d'augmenter l'acidité du suc gastrique, l'at-
...ntraire.

...es ce qui précède, il est aisé de reconnaître que l'eau de Ren-

soit : 3 grammes 352 centigr. de gaz acide carbonique, près de 42 centigr. de bicarbonate de soude, environ 25 centigr. de bicarbonate de magnésie ; plus de 8 centigr. de fer et 6 cent. de silice.

Cette eau est donc gazeuse, alcaline, bicarbonatée, ferrugineuse et « rentre, comme l'écrivait le professeur Gubler, dans la catégorie de ces eaux martiales complexes, éminemment reconstituantes, douées tout à la fois d'une forte proportion de fer carbonaté et de carbonate de chaux et d'une notable quantité de soude, de chlorure de sodium et de potassium » auxquelles l'éminent thérapeutiste donnait la préférence parmi les eaux ferrugineuses gazeuses, parce qu'elles « joignent à ces deux principes les sels neutres du sérum sanguin ».

L'eau de Renlaigue peut soutenir avec tout avantage la comparaison avec les eaux analogues de Spa, Pyrmont, Schwalbach, Orezza, Bussang, Vals (Saint-Jean), etc. Plus chargée que toutes celles-ci en acide carbonique, venant immédiatement après Orezza, et avant le Pouhon de Spa comme richesse en fer, elle est plus alcaline que le Pouhon de Spa qui l'est à peine, et Orezza qui ne l'est pas du tout. Un coup d'œil jeté sur le tableau suivant rendra plus facile et plus nette la comparaison :

SOURCES.	Gaz acide carbonique.	Bicarbonate de soude.	Bicarbonate de fer.	Chlorures de sod. et pot.	Silice.
	gr	gr.	gr.	gr.	gr.
Renlaigue	3.352	0.417	0.081	0.431	0.060
Spa (Pouhon)	2 140	0.126	0.071	0.025	0.062
Pyrmont	2.391	»	0.077	0.158	0.032
Schwalbach	1.741	0.245	0 057	0 008	0.046
Orezza	2.460	»	0.128	0.014	0.004
Bussang	0 410	0.789	0.017	0.078	0.080
Vals (Saint-Jean)	1.425	1.480	0.006	0.060	0.080

Règle générale, c'est moins d'après la quantité de fer à la source que d'après le fer qu'elle conserve après avoir été transportée, qu'une eau ferrugineuse doit être jugée. Or, l'eau de Renlaigue transportée contient par litre un peu plus de 8 centigrammes de fer en parfaite dissolution, et on n'en trouvera aucune parcelle déposée sur les parois des bouteilles, comme cela arrive pour la plupart des eaux ferrugineuses. Cela tient à ce que le fer y est combiné avec l'acide carbonique, ce qui n'existerait pas si Renlaigue ne contenait pas un excès d'acide carbonique. Cela tient encore à ce que les bicarbonates à bases sodiques sont plus fixes que les bicarbonates à bases calciques.

L'acide carbonique, outre qu'il tient le fer ... en dis... ...n dans l'eau, conserve celle-ci. De plus, comme l'a s... ...t justement é... ...e-

quin dans son *Traité des Eaux minérales*, « il enlève aux eaux la saveur saline, alcaline ou martiale qu'elles auraient sans lui; il leur transmet un goût agréable qui plaît et les fait rechercher même pour l'usage de la table ».

On sait que les matières organiques contenues dans les eaux minérales en amènent la décomposition et provoquent la décomposition des sels de fer. Renlaigue en a de simples traces et, de plus, elle contient par litre 6 centigr. de silice. Or, nous savons tous, depuis les travaux de Rabuteau et Papillon, confirmés par Picot et Dumas, que la silice occupe le premier rang des substances antiputrides et antifermentescibles.

Donc, sécurité absolue au point de vue de la conservation de l'eau de Renlaigue transportée qui ne subit aucune décomposition, ne donne aucun dépôt et dans laquelle, ainsi que le dit M. Mialhe dans son rapport, « le fer se maintient facilement en dissolution ».

Nous ne ferons pas à nos confrères l'injure de nous étendre sur les effets physiologiques, connus de tous, des principaux agents minéralisateurs de l'eau de Renlaigue.

Barthez a dit du fer, avec raison, « qu'il engendre une pléthore relative en régénérant les parties rouges du sang, » et Trousseau, encore plus aphoristique, a écrit : « Le fer est le réparateur du sang. » Ce que le jeune professeur de thérapeutique Hayem a démontré expérimentalement dans son étude sur la médication ferrugineuse. Cette action tonique et réparatrice du fer est fortement secondée par l'acide carbonique dont l'excès fait qu'il est mieux supporté, même par les personnes qui, auparavant, ne pouvaient tolérer aucune préparation pharmaceutique ferrugineuse.

L'acide carbonique est aujourd'hui reconnu comme excitateur des mouvements péristaltiques de l'estomac et des intestins, et l'éminent hydrologue Durand-Fardel avait raison de dire il y a quelques mois à la Société française d'hygiène : « Le gaz acide carbonique est eupeptique et stimulant de l'activité digestive. Il procure en même temps une sensation de rafraîchissement qui domine la soif, et il fournit ainsi des boissons particulièrement agréables et salutaires dans les saisons chaudes. »

Quant aux alcalins, Claude Bernard et Blondelot ont démontré qu'ils activent les sécrétions gastrique et rénale, mais à la condition d'être pris à faibles doses, car alors, ainsi que l'a dit Rabuteau, « ces alcalins se tranforment en chlorure au contact de l'acide chlorhydrique du suc gastrique et augmentent la sécrétion de ce liquide », tandis que, d'après les expériences de Charles Richet, pris à hautes doses, les alcalins, au lieu d'augmenter l'acidité du suc gastrique, l'atténuent au contraire.

D'après ce qui précède, il est aisé de reconnaître que l'eau de Ren-

laigue agit de la façon la plus efficace : 1° Dans les affections caractérisées par une faiblesse générale de l'organisme, suite d'altération ou d'insuffisance de l'hématose (anémie, chlorose, aménorrhée, dysménorrhée, leucorrhée, grossesse, convalescence des maladies aiguës, etc.) ; 2° dans les affections du tube digestif, résultant soit d'un vice de sécrétion des muqueuses de l'estomac, soit d'une diminution des mouvements péristaltiques de cet organe, soit d'une hyperesthésie stomacale (anorexie, appétit capricieux, digestions lentes et douloureuses, dyspepsies, pyrosis, gastralgie, entéralgie, constipation habituelle, catarrhes gastriques et intestinaux, etc.).

Enfin, l'eau de Renlaigue exerce aussi une action manifeste sur les urines des dyspeptiques et des gastralgiques qui offrent toujours soit un excès de phosphate ou de mucus, soit un dépôt urique, et chez lesquels on rencontre sonvent de la cystalgie. Enfin, grâce à son action modificatrice des produits de la muqueuse urinaire, nous voyons tous les ans un certain nombre de malades atteints de pyélites simples, blennorrhagiques ou rhumatismales, de catarrhe vésical léger ou de blennorrhées anciennes, retirer de grands avantages de l'usage de l'eau de Renlaigue. (*Union médicale.*)

Dr Paul Labarthe.

REVUE DE LA PRESSE

Un monstre a deux têtes. — Le 25 mars, le Dr *Milner Moore* (*The Lancet*, 17 juin 1882) était appelé près d'une femme de 31 ans, en travail depuis plus de dix heures et chez laquelle les douleurs se rapprochaient en augmentant constamment d'intensité. Elle avait eu déjà deux accouchements normaux d'enfants pleins de vie, dont le dernier avait deux ans et demi. Les eaux de l'amnios s'étaient écoulées la veille à 7 heures du matin, mais les douleurs n'avaient commencé qu'à minuit et s'étaient alors établies régulièrement. Lorsque le Dr Milner Moore vit la malade, le 25 mars, à dix heures du matin, le col de l'utérus était peu dilaté, encore très élevé ; l'occiput était dirigé en avant ; les douleurs revenaient, violentes, toutes les cinq minutes. Moore attendit avec quelque anxiété jusqu'à cinq heures du soir ; la tête avait alors fait peu de progrès, l'orifice du col était peu dilaté, les douleurs étaient vives et répétées, mais sans résultat et la parturiente commençait à se fatiguer. Moore appliqua le forceps avec quelque difficulté à cause de l'insuffisance de la dilatation du col ; il administra le chloroforme et commença à faire des tractions qui, au bout de quelques minutes, amenèrent la tête au périnée et en partie en dehors du vagin, mais il ne put faire sortir la tête et lorsqu'on cessa les tractions elle rentra complètement. Introduisant alors les doigts dans le vagin et contournant la tête, Moore

crut sentir la tête d'un enfant jumeau s'opposant au passage du corps appartenant à la première tête. Il envoya alors chercher son assistant, le Dr Dewes, et endormit complètement la malade. Le Dr Dewes appliqua à son tour le forceps et put faire sortir la tête, mais celle-ci rentra de nouveau dès qu'on abandonna l'instrument.

Un nouvel examen montra qu'il existait une oreille au-dessus du promontoire du sacrum et que, par conséquent, il s'agissait d'une monstruosité; aussi tous deux décidèrent la section de la tête qui fut faite avec quelque difficulté. Aussitôt après on put sentir une épaule en arrière du pubis, puis un cou et une tête au-dessus du promontoire. Le Dr Moore put faire la version podalique et délivrer la malade avec une facilité relative.

Le monstre était une grosse fille, avec deux têtes et deux cous, un tronc, deux membres supérieurs et deux membres inférieurs. La circonférence de la poitrine au niveau du creux de l'aisselle était de 15 pouces 1/2 ; l'enfant était large de 19 pouces 1/2 et pesait 8 livres 3/4. La tête droite était en occipito-iliaque droite antérieure.

Par la dissection on constata que les viscères avaient la disposition suivante :

Le sternum était sur le côté gauche du corps, mais le cœur, placé en arrière de lui, était directement au centre. Ce cœur était composé d'une oreillette d'où sortaient deux paires distinctes de ventricules coniques qui se dirigeaient verticalement en bas. Ceux du côté gauche étaient placés l'un en avant de l'autre, tandis que ceux du côté droit étaient sur le même plan. Du ventricule antérieur du côté gauche, le plus épais, partait un gros vaisseau qui donnait d'abord naissance à l'artère pulmonaire et communiquait ensuite avec un autre vaisseau qui partait du ventricule postérieur, le plus mince, et donnait lui-même naissance à deux branches qui se dirigeaient vers le membre supérieur, la tête et le cou. La réunion de ces vaisseaux formait un large tronc qui rencontrait un vaisseau semblable parti du côté droit et constituait l'aorte descendante.

Du côté droit un gros vaisseau partait du ventricule externe épais et donnait naissance à deux branches qui se rendaient dans le membre supérieur et dans le cou, puis à une branche de communication avec une artère plus petite qui partait du ventricule interne mince et se rendait dans les poumons. Il y avait un poumon complet de chaque côté du thorax et chacun de ces poumons avait trois lobes. Les autres organes étaient normaux. La colonne vertébrale était bifurquée; chaque tige partait d'un sacrum unique et toutes deux restaient unies jusqu'au niveau de la troisième vertèbre dorsale, puis elles se séparaient; des côtes rudimentaires s'attachaient au bord interne de la colonne vertébrale du côté droit.

La mère a complètement guéri. AMAND CHEVALLEREAU.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 *juillet* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Fistule du canal de Sténon. — *M. Pozzi,* à propos du procès-verbal, communique l'observation d'un cas de fistule du canal de Sténon qu'il a guéri il y a trois ans par le procédé suivant :

Une jeune fille avait eu une périostite du maxillaire supérieur avec abcès ouvert par un médecin en ville : l'ouverture était restée fistuleuse et laissait couler la salive. Pour la guérir, M. Pozzi perfora la joue au niveau de la fistule et passa un tube à drainage ; quand l'orifice muqueux fut suffisamment établi, il l'enleva. Dès lors, la salive coula presque toute dans la bouche. Pour faire disparaître la difformité en cul de poule résultant de l'adhérence de la joue au maxillaire, M. Pozzi enleva les tissus qui bordaient la fistule et fit des points de suture. A la suite, il resta une petite fistulette cutanée qui laissait passer quelques gouttes de salive : une cautérisation au nitrate d'argent suffit à l'oblitérer définitivement.

La guérison s'est maintenue.

Fongosités articulaires. — *M. Després* prend la parole pour discuter le mémoire de M. Lannelongue sur ce sujet :

Il voit une contradiction entre les faits et l'anatomie pathologique des fongosités telle que l'a exposée M. Lannelongue et le traitement qu'il préconise. D'après lui, M. Lannelongue devait, puisque les fongosités contiennent des tubercules et que ceux-ci sont capables d'infecter l'économie tout entière, conclure à l'ablation de ce foyer d'infection, c'est-à-dire à l'amputation faite le plus tôt possible.

Il faudrait donc bien établir, dès le début, le diagnostic de l'arthrite tuberculeuse avec celle qui ne l'est pas.

Du reste, il n'est pas bien édifié sur les expériences de M. Lannelongue, de Koster et de M. Villemin : il voudrait la contre-épreuve et qu'on lui fît voir que le pus d'une suppuration chronique quelconque ne produit pas la tuberculose.

M. Lannelongue a divisé les arthrites en tuberculeuses et non tuberculeuses. M Després aimerait mieux qu'on dit arthrites chez les tuberculeux et arthrites chez les non-tuberculeux.

Les arthrites deviennent tuberculeuses (et on constate les tubercules à l'autopsie) chez les enfants atteints d'hydarthrose simple et d'ostéite juxta-épiphisaire à marche chronique qui ont des antécédents héréditaires tuberculeux ou qui sont prédisposés à la tuberculose par quelque maladie grave antérieure : de ce que, à l'autopsie, on constate la tuberculose dans l'article, on n'est pas autorisé à soutenir que l'arthrite fut primitivement tuberculeuse.

Toutes les variétés d'arthrites peuvent devenir tuberculeuses sauf les traumatiques.

Au point de vue du traitement il y a deux variétés : l'une qui demande un traitement lent et est jugée par lui, une autre qui demande une intervention rapide.

Il y a un moyen connu de tous de savoir si une arthrite peut devenir tuberculeuse, il consiste d'abord à bien connaître les antécédents héréditaires et personnels du sujet, à savoir s'il n'a pas de tuberculeux dans sa famille, ou s'il n'a pas été soumis à une cause de débilitation (maladie grave), et ensuite à immobiliser la jointure pendant un temps suffisamment long (six mois, par exemple). Si après ce temps les signes de la lésion persistent, il faut replacer l'appareil, et si la maladie résiste, rechercher l'ankylose. Cette immobilisation est la condition indispensable de la guérison de même que l'ankylose est le résultat qu'on doit rechercher avec le plus de persévérance dans les cas qui résistent.

Si, malgré un appareil longtemps porté, il n'y a pas d'amélioration ou si l'état s'aggrave, il faut recourir à une opération, qui sera faite le plus tôt et le plus radicalement possible, c'est-à-dire l'amputation.

Amputation ostéo-plastique du cou-de-pied. — *M. L. Le Fort* présente un malade auquel il a fait son opération ostéo-plastique du cou-de-pied.

Le malade marche très facilement et a une base de sustentation très solide et très ferme. Le malade, par ce procédé, marche sur la peau et le coussinet graisseux du talon.

Kyste de l'ovaire. — *M. Després* présente une jeune femme qui portait un kyste de l'ovaire, déja ponctionné une première fois par un médecin de province et qui avait 22 litres de liquide au moment où M. Després a fait la première ponction il y a six mois; il fit immédiatement une injection de solution iodo-iodurée, moitié eau, moitié teinture d'iode; huit jours après le liquide s'était reproduit et paraissait s'élever à 8 litres : alors, sans retirer de liquide, il injecta de la teinture d'iode pure, dont il laissa une grande partie dans le ventre. La poche s'est retractée, et, depuis six mois, la guérison se maintient; car la malade se mesure le ventre très souvent et n'a pas constaté de différence.

M. Fieuzal présente un malade atteint d'ectropion cicatriciel remontant à l'enfance et suite de brûlure, et auquel il a refait des paupières, en transplantant deux lambeaux, un de 10, l'autre de 7 centimètres carrés pris sur l'avant-bras.

M. Parinaud présente un enfant atteint de fistule dentaire simulant une fistule lacrymale. C'est une affection spéciale à l'enfance due à une ostéite, et qui guérit par l'avulsion des dents de la première dentition (deuxième incisive et canine).

P. Bazy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1882. — *Présidence de* M. Dujardin-Beaumetz.

M. Tarnier adresse une lettre dans laquelle il revendique la priorité de l'isolement des nouvelles accouchées dans un pavillon spécial et de l'établissement des mesures antiseptiques à la Maternité.

Deux cas de gangrène de la jambe. — *M. Guyot* communique *deux observations de gangrène sèche suivie de gangrène humide*, l'une chez un vieillard glycosurique, l'autre chez un jeune homme atteint de fièvre typhoïde. Dans le premier cas la gangrène fut peu douloureuse grâce aux injections de morphine ; chez le jeune homme il y eut, au contraire, des douleurs que rien ne put calmer.

Chez le vieillard la jambe se détacha par les progrès de la gangrène et le malade guérit.

Le jeune homme succomba à une hémorrhagie secondaire, après l'amputation de la cuisse.

L'examen microscopique montra, chez le vieillard glycosurique, la présence d'une embolie, et, chez le typhique, les lésions de l'artérite.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — *M. Cadet de Gassicourt* communique une observation de *rétrécissement de l'artère pulmonaire* avec persistance du trou de Botal et tuberculose pulmonaire chez un jeune enfant. Ces lésions, qui avaient été diagnostiquées pendant la vie, ont été vérifiées par l'autopsie ; elles ont donné lieu à un examen microscopique intéressant, dû à M. Balzer, et sur lequel M. Cadet de Gassicourt donne les détails les plus complets. Cette observation remarquable, exposée avec une rare élégance de style, constitue un document des plus importants pour l'histoire des rétrécissements de l'artère pulmonaire et de la cyanose congénitale.

Nouvel appareil pour le gavage. — *M. Dujardin-Beaumetz* présente un appareil pour l'alimentation forcée composé des parties suivantes :

1° Un tube beaucoup moins long et beaucoup plus étroit que le tube Faucher, au moyen duquel la substance alimentaire est déposée à l'entrée de l'œsophage, au lieu d'être portée presque dans l'estomac ;

2° Un flacon qui contient le mélange nutritif ;

3° Une poire en caoutchouc pour opérer le gavage par la pression. Le liquide alimentaire est, par cette méthode, introduit comme une véritable injection.

M. Dujardin-Beaumetz gave un malade devant la Société.

Des injections de peptone mercurique ammonique. — *M. Martineau* fait une nouvelle communication sur le *traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique.* Il

a pratiqué 11,000 injections sur 600 malades en quatorze mois; jamais il n'a eu d'accidents, ni phlegmon ni abcès. Même chez un malade atteint de diabète sucré, presque jamais il n'a constaté de stomatite ni de salivation, jamais de phénomènes d'intoxication ni de cachexie mercurielle, pas d'accidents gastro-intestinaux.

L'action du mercure administré en injection hypodermique est beaucoup plus rapide, beaucoup plus énergique et beaucoup plus efficace que par toute autre méthode.

La communication actuelle n'est donc qu'une confirmation des communications antérieures.

A 4 heures 3/4, comité secret.

Ernest GAUCHER.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 17 au 22 juillet 1882). — *Mardi*, 18. — Doctorat, 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Gariel et Bourgoin. — 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 2e (fin d'année): MM. Ball, Reclus et Richet. — 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Gariel et Bourgoing. — 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 1er (nouveau régime): MM. Robin, Laboulbène et Henninger. — 1er (ancien régime): MM. Sappey, Cornil et Peyrot. — 1er (ancien régime): MM. Le Fort, Bouchardat, Bouilly. — 2e (ancien régime): MM. G. Sée, Jaccoud et Berger. — 2e (ancien régime): MM. Lasègue, Ball et Richelot. — 4e MM. Brouardel, Hayem et Raymond. — 5e (Charité): MM. Laboulbène, Duplay et Budin. — 5e (Charité): MM. Hardy, Tillaux et Pinard. — 5e (Pitié): MM. Verneuil, Fournier et Charpentier. — 5e (Charité): MM. Hardy, Panas et Charpentier. — 5e (Charité): MM. Pajot, Peter Marchand.

Mercredi, 19. — Doctorat, 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Hanriot et Bocquillon. — 1er (fin d'année): MM. Ball, Bourgoin et Gay. — 2e (fin d'année): MM. Fournier Farabeuf et Terrillon. — 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 1er (nouveau régime): MM. Baillon Hanriot et Gay. — 1er ancien régime): MM. Béclard, Guyon et Marchand. — 4e: MM. Charcot, Hayem et Dieulafoy. — 5e (Hôtel-Dieu): MM. Panas, Laboulbène et Pinard. — 5e (Hôtel Dieu): MM. G. Sée, Le Fort, et Charpentier. — 5e (Pitié): MM. Verneuil, Lasègue et Marchand. — 5e (Necker): Guyon, Potain et Reclus. — 5e (Charité): MM. Peter, Tillaux et Budin. 5e (Charité): MM. Trélat, Potain et Pinard. — 5e (Charité): MM. Depaul, Verneuil et A. Ollivier.

Jeudi, 20. — Doctorat, 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Hanriot et Bourgoin. — 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Gariel et Henninger. — 1er (nouveau régime): MM. Gariel, Hanriot et Bocquillon. — 1er (nouveau régime): MM. Robin, Ball et Gay. — 1er (ancien régime): MM. Sappey, Cornil et Berger. — 2e (ancien régime): MM. Le Fort, Peter et Hallopeau. — 2e (ancien régime): MM. G. Sée, Jaccoud et Peyrot. — 5e (Hô-

tel-Dieu): MM. Le Fort, G. Sée et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Hardy, Tillaux et Charpentier. — 5e (Pitié): MM. Depaul, Verneuil et Legroux. 1re classe (sages-femmes): MM. Pajot, Bouchardat et Brouardel.

Vendredi, 21. — Doctorat, 1er (nouveau régime), MM Regnauld, Gariel et Bocquillon.— 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Hanriot et Bourgoin. — 1er (ancien régime): MM. Béclard, Tillaux et Rémy. — 2e (ancien régime): MM. Parrot, Guyon et Rendu. — 4e : MM. Bouchard, Fournier et Dieulafoy. — 4e : MM. Potain, Hayem et Straus. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Le Fort, G. Sée et Budin. — 5e (Charité): MM. Pajot, Duplay et Hallopeau. — 5e Charité): MM. Hardy, Tillaux et Pinard.—5e (Charité) : MM. Fournier, Guyon et Charpentier. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Charcot et Pinard.— 5e (Charité) : MM. Depaul, Verneuil et A. Ollivier.— 5e (Charité) : MM. Vulpian, Duplay et Marchand.

Samedi, 22. — Doctorat, 1er (nouveau régime) : MM. Regnauld, Hanriot et Bourgoin.—1er (nouveau régime): MM. Ball, Gariel et Henninger. — 1er (nouveau régime): MM. Robin, Laboulbène et Gay — 1er (nouveau régime): MM. Baillou, Regnauld et Henninger. — 2e (ancien régime): MM. Ball, Jaccoud et Humbert. — 2e (ancien régime): MM. Peter, Panas et Raymond. — 2e (ancien régime) : MM. Le Fort, Bouchard et Joffroy. — 2e (ancien régime) : MM. Richet, Cornil et Legroux. — 4e : MM. Lasègue, Brouardel et Troisier. — 5e (Pitié): MM. Verneuil, Fournier et Pinard. — 5e (Charité): MM. Hardy, Tillaux et Charpentier. — 5e (Necker): MM. Trélat, Parrot et Budin. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Gariel et Hanriot.

Samedi, 23. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses): Composition écrite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Nous avons annoncé par erreur que M. Routier était nommé prosecteur provisoire pour un an. M. Routier a été nommé prosecteur titulaire par l'unanimité des membres du jury et cette décision a été confirmée par l'assemblée de la Faculté dans la séance du jeudi 6 juillet.

CONSEILS GÉNÉRAUX. — Le Dr Bons a été élu, le dimanche 2 juillet, membre du conseil général du departement de la Creuse.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 7 au 13 juillet* 1882. — Fièvre typhoïde, 44, — Variole, 11. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 41. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 41. — Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 3. — Autres affections générales, 56.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 37.

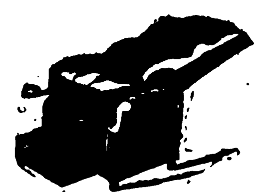
Bronchite aiguë, 11. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 65; au sein et mixte, 36; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 86; l'appareil circulatoire, 59 ; l'appareil respiratoire, 41; l'appareil digestif, 45; l'appareil génito-urinaire, 16; la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 5. — Nombres absolus de la semaine, 884.

Résultats de la semaine précédente : 1.041.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31


OREZZA





VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 7 JEUDI 20 JUILLET 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur

SOMMAIRE

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 19 *juillet* 1882.

M. Hillairet a lu hier le rapport adressé, au nom de l'Académie, à M. le Ministre de l'instruction publique, au sujet de la durée pendant laquelle on doit tenir les enfants en dehors de l'école après les maladies contagieuses. M. Hillairet propose de tenir les enfants éloignés de leurs camarades pendant quarante jours, lorsqu'il s'agit de la rougeole, la variole, la scarlatine ou la diphthérie, pendant vingt-cinq jours lorsqu'il s'agit de la varicelle ou des oreillons. Ces recommandations doivent s'appliquer non seulement aux cas graves, mais aux cas légers qui, par contagion, peuvent donner naissance à des cas beaucoup plus dangereux. Un enfant ne pourra être remis en contact avec ses camarades qu'avec un certificat du médecin montrant qu'il a satisfait à ces prescriptions.

La fin de la séance a été remplie par un rapport très bien fait, mais difficile à résumer, de M. Blot, sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1880.

— Un petit journal, publié à Gennevilliers, par un praticien peu chargé de titres universitaires, et dont le but paraît être surtout de faire connaître la plus belle farce thérapeutique qui ait vu le jour à notre époque, un journal donc essaie, d'une façon fort timide, la défense d'un conseiller municipal dont nous avons eu à nous occuper récemment. Cet honorable praticien rappelle, en la confirmant, l'attaque dirigée contre les médecins des bureaux de bienfaisance, et cherche à l'étendre au « service général dans les hôpitaux de Paris »; et il intitule son article : « Invidia medicorum pessima invidia »! C'est peut-être manquer d'adresse.

Un peu plus loin, le praticien de Gennevilliers nous accuse d'avoir manqué de loyauté (?) en appelant demi-confrère, après M. Laborde, le conseiller dont il s'agit; et dans le même numéro, daté du 15 juillet, il reproduit tout entière, sans prendre la peine d'y changer une syllabe, l'analyse bibliographique du livre de M. Motais (d'Angers) sur le traitement du strabisme, que nous avons publiée dans notre numéro du 29 avril. Dans sa *loyauté*, il n'oublie qu'une chose, c'est de reproduire soit l'indication du journal, soit mon nom, qu'il remplace par le sien.

On emploie de singuliers procédés de polémique, à Gennevilliers.

Amand Chevallereau.

Accident de collapsus causé par l'acide phénique dans la fièvre typhoïde.

Par M. E. VALUDE,

Interne des hôpitaux.

G.. (Jean), ouvrier fumiste, âgé de 16 ans, entre le 18 janvier 1882 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Moutard-Martin.

Ce jeune homme, en état de vagabondage depuis quelque temps, se nourrissant mal, couchant la nuit en plein air, fut arrêté et amené au dépôt de la préfecture de police une huitaine de jours avant son entrée à l'hôpital.

Il ressentit bientôt une courbature générale, des malaises de plus en plus caractérisés, une lourdeur de tête excessive, de l'inappétence et enfin des douleurs de ventre et de la diarrhée.

C'est en cet état que le malàde est dirigé de la préfecture au lit n° 22 de la salle Saint-Augustin, à l'Hôtel-Dieu.

Le soir de son entrée, je trouve le malade avec la peau chaude, une fièvre vive, sa température est à 40°. La langue est sèche et rouge sur les bords, le ventre sensible à la pression, gargouillement iliaque, diarrhée.

A la poitrine, état congestif des poumons, râles vibrants et ronflants. La stupeur n'est pas considérable, le malade nous renseigne avec netteté sur le début de la maladie.

Le lendemain matin, 19 janvier, l'état est le même, le malade a eu dans la nuit un saignement de nez, la température est de 40,6.

On prescrit au malade un bouillon, de la tisane de limonade, un julep diacode et un lavement contenant 25 centigrammes d'acide phénique.

Ce lavement est administré à 2 heures du soir.

A 3 heures 1/2, une heure après environ, le malade est pris brusquement d'une attaque convulsive caractérisée par des contractions toniques des deux membres supérieurs qui simultanément sont étendus, rigides en pronation, les poings fermés et tordus.

Immédiatement après les quatre membres sont agités de secousses convulsives, irrégulières et violentes, capables de jeter le malade hors du lit.

Vers 5 heures du soir, les grandes secousses sont terminées, mais il reste encore des soubresauts des tendons, appréciables quand on vient à serrer le poignet du malade. A ce moment, les quatre membres sont dans la résolution la plus complète. Soulevés, ils retombent lourdement, la tête ballotte sur la poitrine quand on fait asseoir le malade. Il est impossible de tirer le malade du mutisme singulier dans lequel il est plongé ; si on l'appelle fortement il ouvre les

yeux et regarde, mais sans essayer de parler; la sensibilité générale est assez nettement conservée.

Le pouls bat 102 pulsations à la minute, la respiration n'est nullement gênée et singulièrement calme et régulière. L'auscultation de la poitrine et du cœur ne révèle rien d'anormal. Les pupilles sont égales.

La température, depuis 4 heures, est très fortement abaissée, la peau est refroidie, cyanosée et couverte d'une sueur profuse. Les extrémités sont bleuâtres et froides. T. ax., 37,4.

On remonte le malade à l'aide d'une potion de Todd, d'injections sous-cutanées d'éther, de sinapismes, etc.

Le soir, à 8 heures, l'état comateux disparaissait. Le malade sortait de son mutisme en prononçant quelques paroles d'abord incohérentes. Il revient peu à peu à une entière connaissance. Le lendemain matin, la température était remontée à 38°,6. L'état général revient au même point qu'avant l'accident. Stupeur générale, soif vive, diarrhée.

Ce jour-là nous constatons dans son urine la présence d'un nuage d'albumine.

Le traitement phéniqué est abandonné. L'on institue la médication tonique.

A partir de ce jour, la fièvre typhoïde reprend son cours ordinaire. *T. 40°*, quelques épistaxis, stupeur, diarrhée. L'agitation devient vive et s'augmente de jour en jour.

A côté de ces phénomènes ordinaires se développent d'autres phénomènes qui par leur présence et leur intensité font rapidement porter sur le malade un fâcheux diagnostic. On voit s'établir une laryngite intense qui va s'augmentant de plus en plus. La voix devient indistincte, et, dans les derniers jours, le malade ne rend plus qu'un son étouffé.

En même temps, les phénomènes thoraciques deviennent très sérieux, la dyspnée est forte, et la poitrine pleine de râles sibilants et ronflants.

L'application répétée d'un grand nombre de ventouses n'apporte aucune amélioration à cet état du malade.

Le 4 février, la stupeur est extrême, la peau sèche, les narines pulvérulentes; la diarrhée se maintient toujours. Le délire est continu. T. 40°,2.

Mort le 3 février.

Autopsie. — *Intestins* : Aucune lésion apparente, pas d'ulcération ni de gonflement des plaques de Peyer, pas même de congestion de la muqueuse.

Cœur. — Le cœur est mollasse et l'endocarde fortement teinté en rouge, sans endocardite véritable.

Appareil respiratoire. — Larynx : Ulcération de la muqueuse au niveau des cartilages aryténoïdes; nécrose des cartilages. Destruction des cordes vocales inférieures par l'ulcération.

Poumons. — Congestion intense de la totalité des poumons. En certains points, hépatisation véritable.

Rein. — Congestion légère.

En résumé, notre malade a succombé à une forme thoracique de la dothiénentérie, mais le point sur lequel nous voulions attirer l'attention est cet accident de collapsus, survenu au début de son séjour à l'hôpital.

Ce refroidissement, accompagné de sueurs profuses et d'un mutisme singulier, est évidemment dû à l'administration du lavement phéniqué, car en dehors de ce seul fait le malade n'a jamais présenté, dans le cours de sa maladie, d'accident analogue.

Ces sortes d'accidents, dus à la médication phéniquée, sont bien connus, mais rarement un phénomène aussi intense que celui que nous rapportons avait été causé par une aussi petite dose d'agent actif.

Il y a là, pour certains malades, une susceptibilité particulière qui n'a pas été étudiée par les auteurs qui se sont occupés de la question et qui nous semble devoir être recherchée avec soin lorsque la médication phéniquée devra être employée.

L'état du poumon qui élimine en grande partie l'acide phénique, celui du rein nous semble avoir une grande importance, l'altération de l'un de ces organes, ou des deux à la fois, devant gêner l'élimination du médicament, et produire l'intoxication.

Cette hypothèse nous semble recevoir une confirmation dans notre observation même. Nous y reconnaissons en effet un type complet du pneumotyphus, dans lequel l'altération assez profonde du poumon a pu empêcher la facile élimination de la dose d'acide phénique qui avait été administrée au malade.

De l'iodoforme dans les affections tuberculeuses,

Par le Dr M.-C. Mook.

Depuis quelques temps, nous trouvons dans divers journaux les bons résultats obtenus par l'emploi de l'iodoforme dans les affections tuberculeuses. Je vais donner ici l'observation concernant une de mes malades chez laquelle l'iodoforme seul a amené la guérison de la tuberculose.

Mme Gouth..., demeurant rue Myrrha, vint demander mes soins il y a environ dix-huit mois ; chez la malade très affaiblie je trouve à l'auscultation et à la percussion tous les signes d'une tuberculose

assez avancée. Je lui fais prendre des toniques, en même temps, tous les jours, 3 des pilules suivantes :

Poudre de Dowers.	0.08 centigr.
Masse de cynoglosse	0,02 —
Iodoforme	0,05 —
Extrait de gentiane	0,09 —

pour une pilule.

Puis j'applique également quelques révulsifs.

Ce traitement est continué pendant huit mois environ ; je revois de de temps en temps ma malade qui, après deux mois, reprend des forces. A l'auscultation et à la percussion, je trouve que l'affection tuberculeuse non seulement n'a plus fait de progrès, mais encore que les cavernes sont en train de se cicatriser. Depuis, la malade vint me voir tous les mois, son état de santé ne fit que s'améliorer et lors de mon dernier examen, qui se fit il y a un mois, je ne trouvai plus à la place des lésions du poumon que des frottements ; je fis cesser, après l'avoir interrompu une première fois (8e mois), l'emploi de l'iodoforme, et ne lui fis continuer que son traitement tonique. Une autre observation que je trouve dans le *Deutsche Med. Wochenschrift* me montre qu'antérieurement ce même médicament a donné de bons résultats contre l'affection tuberculeuse.

Une petite fille de 5 ans, dont la mère appartenait à une famille de tuberculeux, tombe malade. Inappétence, constipation opiniâtre, crainte de la lumière, cris nocturnes et fièvre montant jusqu'à 38,8, tels sont les symptômes qu'on observe chez elle dans les premiers temps ; plus tard on observe chez la malade la respiration de Cheyne Stockes, un pouls irrégulier, en un mot, tous les signes de la méningite tuberculeuse. Le Dr Baëler, s'inspirant des expériences faites par Maleschott et Caesfeld, fit usage du traitement par l'iodoforme, il s'établit aussitôt une amélioration sensible, le sommeil devint plus calme, les crises plus rares dans la nuit, l'appétit meilleur, etc. La médication (externe) par l'iodoforme dura environ un mois et fut interrompue, à diverses reprises, par l'apparition d'eczéma, mais amena une guérison complète.

Je n'ai pas la prétention de dire que l'iodoforme guérira toutes les affections tuberculeuses, mais je crois que, dans une maladie où nous avons si peu de ressources à notre disposition, il sera utile de faire usage de ce médicament qui dans certains cas a donné quelques heureux résultats.

Dr Mook.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *juillet* 1882. — *Présidence de M.* GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une note de M. Simorre *sur la diphthérie* ; 2° un pli cacheté de M. le Dr Burq *sur la vaccine ;* 3° une note de M. le Dr E. Bertherand *sur l'utilisation du coyavier en thérapeutique*; 4° une note de MM. Dieulafoy et Krishaber relatant de nouvelles expériences *sur les inoculations de la tuberculose sur des singes.*

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. Texier, de Marseille, un nouveau pulvérisateur.

M. Depaul présente, de la part de M. Duboué, de Pau, une note sur la physiologie pathologique de la rage et sur la théorie nerveuse de cette maladie. M. Duboué rappelle les données scientifiques qui l'ont conduit à la démonstration de la mort bulbaire, et de la transmission du virus rabique par les nerfs. M. Duboué se plaint que M. Bouley ne lui ait pas rendu justice dans ses rapports récents.

M. Bouley rappelle qu'il a fait, au contraire, l'éloge de l'hypothèse de M. Duboué, en disant que dans son livre rempli d'hypothèses il s'en était trouvé une qui avait été confirmée par l'expérimentation.

DE LA DURÉE DE L'ISOLEMENT NÉCESSAIRE DANS LES DIVERSES MALADIES CONTAGIEUSES. — *M. Hillairet.* M. le ministre de l'instruction publique avait demandé récemment à l'Académie de vouloir bien l'éclairer sur la durée pendant laquelle il était nécessaire de tenir les enfants écartés des écoles après une maladie contagieuse. M. Hillairet répond à cette demande pour les fièvres éruptives, les oreillons et la diphthérie.

Pour la variole, pour la rougeole, pour la scarlatine, les enfants malades doivent être tenus isolés de leurs camarades pendant quarante jours. Pour la varicelle, la durée de l'isolement doit être de vingt-cinq jours.

Les oreillons sont certainement une maladie contagieuse. Quant à la manière dont s'effectue la contagion, cela paraît être surtout par la respiration. Quoi qu'il en soit, en prenant la durée la plus longue des oreillons, on obtient un isolement de vingt-quatre ou vingt-cinq jours.

La diphthérie est très rare dans les lycées et collèges. Depuis dix-huit ans qu'il est médecin du lycée Saint-Louis, M. Hillairet n'en a pas vu un seul cas. Le plus long délai d'isolement doit être de quarante jours.

Quelques personnes se sont démandé si l'isolement devait être aussi prolongé dans les cas légers que dans les cas graves. M. Hillairet pense que oui, car un cas léger peut par contagion donner

naissance à un cas grave. Il est assurément regrettable de faire perdre à un élève quelques jours de plus, mais il serait encore plus fâcheux de provoquer l'éclosion de quelques cas graves.

M. Hillairet discute ensuite l'étendue sur laquelle peut se faire la propagation des maladies contagieuses. L'isolement doit être absolu; pour les établissements où il n'est pas possible de l'obtenir, les élèves doivent être renvoyés dans leurs familles.

Il ne suffit pas de pratiquer l'isolement ; il faut en outre purifier et désinfecter les vêtements, les linges et l'appartement même. Enfin, avant d'être remis en contact avec leurs camarades, les convalescents doivent être baignés et savonnés une ou deux fois.

Ces recommandations peuvent paraître sévères ; cependant elles sont en usage dans presque tous les pays d'Europe.

M. Lubelski (de Varsovie) a retrouvé dans un ouvrage de Pierre Franck de 1779 un règlement contre la contagion de la petite vérole qui était déjà en usage à Dijon à cette époque.

Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France pendant l'année 1880. — M. Blot lit le rapport sur la vaccine dont les conclusions vont être formulées en comité secret.

A 4 heures et 1/2 l'Académie se constitue en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

—

EAUX MINÉRALES

I. Les eaux minérales du département de l'Ariège, par le Dr *Hircan Bonnans*, d'Ussat-les-Bains (Ariège). in-8°, 210 p. Paris, A. Davy, 1882.

II. Etude sur la goutte et sur ses différents modes de traitement, par le Dr *Souligoux*, médecin consultant à Vichy, in-8°, 134 p. Paris, Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

Nous sommes en pleine saison d'eaux minérales et les livres ou brochures vantant les aimables vertus de nos naïades affluent dans les bureaux de rédaction des journaux. L'actualité de ces ouvrages est passagère et nous ne voulons pas faire à leurs auteurs la mauvaise plaisanterie d'attendre, pour les analyser, que les sources désertes pansent dans le recueillement les plaies faites à leur modestie pendant plusieurs mois.

Par un sentiment de réserve que l'on comprendra, nous ne parlerons cependant pas ici du *Guide aux eaux minérales de Plombières* de notre rédacteur en chef; tous les journaux en ont rendu compte et il est sans doute peu de nos lecteurs qui n'en aient déjà lu les éditions antérieures.

Le Dr Bonnans fils a fait un volumineux travail d'ensemble sur les eaux minérales du département de l'Ariège. Il divise le trava

en trois parties principales. Il étudie dans la première la distribution géographique et géologique des sources minérales, l'étude des rapports de leur minéralisation avec les terrains d'où elles émergent et l'étude de leurs propriétés physiques ou cliniques.

Dans la deuxième partie, l'auteur s'occupe des propriétés physiologiques et thérapeutiques des sources et il cherche à déterminer le cadre des indications spéciales à chaque station.

La troisième partie indique l'état actuel des stations et les désidérata qu'impose le degré d'infériorité de quelques-unes.

Les nombreuses sources du département de l'Ariège offrent, au point de vue géologique et au point de vue chimique, deux types distincts, l'un où prédominent la base alcaline et les hautes températures, l'autre caractérisé par la prédominance de la base calcaire et les basses températures. On y trouve des eaux sulfurées sodiques, sulfatées, bicarbonatées calciques et magnésiennes, chlorurées sodiques, ferrugineuses sulfatées, carbonatées et crénatées. Les sources minérales les plus utilisées sont par ordre d'importance. Ax, Ussat, Aulus, Audinac, Foncirgue, Usson, Carcanières, Seintein et St-Quitterie de Tarascon.

Ces eaux minérales ont toutes une action excitante suivie d'une action tonique et reconstituante. L'emploi de ces eaux est surtout indiqué comme moyen préventif dans les diathèses non encore confirmées, comme dans l'enfance, pour imprimer à l'organisme une stimulation salutaire par laquelle on pourra dominer le mal ou arrêter son développement. Il faut s'abstenir de ces agents thérapeutiques dans presque toutes les affections aiguës et dans les lésions organiques du cœur. On doit être très prudent dans l'administration d'eaux même très faibles, dans les premiers temps de la grossesse ; on doit de même cesser le traitement pendant l'apparition des règles.

On envoie à Ax, Usson et Carcanières certaines affections de la peau, comme l'eczéma, mais il faut agir avec prudence et avoir recours aux eaux les plus faibles ; on y envoie également les maladies des voies respiratoires, le rhumatisme, la scrofule, les affections des os, les cachexies syphilitique, mercurielle et saturnine.

Ussat rend particulièrement des services dans la plupart des affections utérines et des maladies nerveuses.

La syphilis tertiaire, la lithiase biliaire, la constipation et quelques affections de l'appareil digestif se trouvent bien des eaux d'Aulus.

A Audinac on soigne les affections de l'appareil digestif, la chlorose, certains troubles de la menstruation; A Foncirgue, les dyspepsies.

Le Dr Bonnans réclame beaucoup la gratuité du traitement pour les indigents et surtout pour les enfants.

II. Livre édité avec un certain luxe, beau papier, belle impression, et dans lequel l'auteur a surtout en vue de décrire les formes insidieuses de la goutte anormale et les métastases de cette affection. Il fait ressortir la part importante qui revient aux complications viscérales dans le développement des accidents si variables qui troublent la marche de cette maladie et qui ont été considérés les uns comme des métastases produites par le déplacement du principe goutteux, les autres comme des manifestations mystérieuses et insolites de ce même principe (goutte larvée). M. Souligoux pense que la plupart de ces accidents sont engendrés par des lésions organiques persistantes, complications habituelles, mais nullement nécessaires de la goutte, et parmi lesquelles la dégénérescence graisseuse du cœur et la néphrite interstitielle doivent figurer en première ligne.

Au sujet de l'étiologie, l'auteur pense que les substances alimentaires diverses, solides et liquides, dont l'abus a été incriminé dans le développement de la goutte, auraient comme lien commun de renfermer des principes aromatiques qui stimulent la fonction urogène du foie, comme cela paraît démontré pour l'asparagine.

Contre l'attaque de goutte aiguë franche, l'auteur ne fait absolument rien; il reste les bras croisés et, d'ailleurs, en cela il ne fait qu'imiter Cullen, Sydenham et Trousseau.

Dans l'intervalle des accès de goutte, l'auteur emploie les médicaments arthritiques. Il est ainsi amené à étudier le colchique, l'acide salicylique et le salicylate de soude, mais il s'applique surtout au traitement de la diathèse goutteuse et c'est alors qu'il étudie les indications et le mode d'emploi des eaux de Vichy.

(A suivre.) A. CH.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 10 *au* 15 *juillet* 1882.

TOURROU. Des plaies non sanglantes, leur réunion immédiate. — MIRPIED. Des ulcères syphilitiques du membre inférieur et en particulier de l'ulcus elevatum tertiaire. — DE BRICON. Du traitement de l'épilepsie. — BONNOT. Contribution à l'étude de l'hémorrhagie méningée expérimentale avec déductions cliniques. — FROIDURE. Contribution à l'étude des manifestations musculaires de la syphilis. — ROUX. Du traitement de l'épilepsie et de la manie, par le bromure d'éthyle. — LHOSTE. Etude sur les accidents laryngés de l'ataxie locomotrice progressive. — IVANICHEVITCH. Etude sur le traitement de l'anus contre nature. — HAUSSMANN. Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin. Etiologie et anatomie pathologique. — DUTERTRE. De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels. — GUÉRIN. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose calculeux. — O'NEIL. Des maladies d'origine exclusivement paludéenne obser-

vées au Rio-Nunez (Côte Occidentale d'Afrique) du 11 août 1866 au 15 novembre 1870. — TISNÉ. De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques. — DURAN-BORDA. De la fistule anale chez les enfants.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Dr Redard est délégué dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, en remplacement de M. le Dr Duret, nommé chirurgien du Bureau central.

M. le Dr Picqué est délégué dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Gosselin, en remplacement de M. le Dr Henriet, nommé chirurgien du Bureau central.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 11 juillet, sur le rapport du ministre de l'intérieur, sont promus au grade d'officier de l'ordre national de la Légion d'honneur :

MM. le Dr Cazelles (Emile-Honoré), ancien interne des hôpitaux de Paris, préfet du département de Meurthe-et-Mozelle, précédemment directeur de l'administration, plénipotentiaire, puis directeur de la sûreté générale et du cabinet du ministère de l'intérieur, ancien préfet de la Creuse et de l'Hérault ; 5 ans de services administratifs. Chevalier du 12 juillet 1880. Titres exceptionnels. — Le Dr Bernutz (Gustave-Louis-Richard), médecin de l'hôpital de la Charité, à Paris ; 31 ans de services comme médecin des hôpitaux, auteur de plusieurs ouvrages scientifiques. Chevalier depuis plus de douze ans.

Sont nommés chevaliers : MM. Le Dr Dagonet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Anne, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Stephanfeld ; 30 ans de services. — Le Dr Piettre (Léon-Marie), maire de Saint-Maur-les-Fossés (Seine), en fonctions depuis 1876, élu au conseil municipal en 1870, médecin du bureau de bienfaisance depuis 1871, médecin de l'état civil et délégué cantonal, ancien aide-major de la garde nationale ; services exceptionnels rendus, pendant le siège de de Paris, comme chirurgien à l'hôpital du Val-de-Grâce et à l'ambulance de Richard-Wallace. — Le Dr d'Heilly (Eugène-Théophile), médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; externe de 1858 à 1860, interne de 1860 à 1863, médecin du bureau central le 1er juillet 1874, de l'hôpital de Tenon le 1er janvier 1878, et de l'hôpital Saint-Antoine depuis le 1er janvier 1880. — Damoiseau (Adolphe-Etienne), directeur de l'établissement de nourricerie médicale du boulevard de Clichy, à Paris ; n'a cessé de rendre, depuis 1828, d'inappréciables services aux enfants parisiens du premier âge, soumis à l'allaitement artificiel, a fait pour eux l'abandon gratuit du de ses vacheries pendant toute la durée du siège. Titres exceptionnels.— Le Dr Rousseau (Louis-Auguste-Napoléon), membre du conseil général et président de la commission départementale de l'Aisne, maire d'Hir-

son ; 42 ans de services gratuits. S'est constamment dévoué, comme médecin, au soulagement de toutes les misères. — Le Dr Vaullegeard (Ferdinand-Nicolas-Augeste), président du conseil d'arrondissement de Vire (Calvados), ancien chirurgien militaire, conseiller municipal de Condé-sur-Noireau depuis 1833 et médecin de l'hôpital de cette ville depuis quarante ans, premier suppléant de la justice de paix depuis trente-deux ans, membre et président du conseil d'arrondissement de Vire depuis 1871 ; plus de soixante ans de services. — Le Dr Teyssier (Jean-Baptiste-Léon), membre du conseil général de la Corrèze, en exercice depuis 1871, ancien maire du Bort, président de la Société de secours mutuels de cette ville et de plusieurs commissions administratives, 11 ans de services. Titres exceptionnels. — Le Dr Tartas (Guillaume-Marcelin), vice-président du conseil général des Landes, maire de Rion, conseiller municipal de Rion depuis 1834, maire depuis 1838, élu au conseil général en 1871, vice-président de cette assemblée depuis 1870, délégué cantonal ; 48 ans de services. — Le Dr Boyer, ancien président du conseil d'arrondissement de Montargis, maire de Lorris (Loiret), conseiller d'arrondissement depuis plus de trente ans, président de l'association des médecins du Loiret, médecin de l'hospice de Lorris depuis 1832 ; 50 ans de services. Belle conduite à l'époque de la guerre et durant l'occupation. — Le Dr Doyen (Octave), maire de Reims (Marne), conseiller municipal depuis 1870, ancien adjoint, maire depuis janvier 1881, ancien professeur à l'école de médecine de Reims, médecin à l'Hôtel-Dieu depuis 1864 ; 22 ans de services multiples. S'occupe avec un rare dévouement de l'école professionnelle et ménagère fondée à Reims par Mme Doyen et qu'il a dotée d'une subvention considérable. (*A suivre.*)

Maires de paris. — M. le Dr Gueit-Dessus vient d'être nommé maire du IVe arrondissement.

Cela porte à deux le nombre des maires de Paris choisis parmi nos confrères. Le premier est le sympathique Dr Goujon, maire du XIIe arrondissement.

Quatrième congrès international d'hygiène. — *Exposition d'hygiène et de démographie ouverte à Genève du 1er au 15 septembre* 1882. — *Règlement.* — 1° A l'occasion du quatrième congrès international d'hygiène, une *Exposition* destiner à présenter aux savants, aux praticiens et au public les objets et les travaux de toute nature relatifs à l'hygième et à la statistique de la population, s'ouvrira à Genève le 1er septembre 1882, et se clora le 15 du même mois.

Elle aura lieu dans les vastes et solides constructions des bâtiments militaires de Plainpalais.

2° Les auteurs, les inventeurs et les fabricants de toute nationalité sont invités à faire parvenir de suite, et *au plus tard le* 15 *juillet*, leur demande de participation sur le formulaire ci-joint.

3° Les objets à exposer devront parvenir au local de l'exposition entre e 1er et le 15 août. Ils devront être précédés d'un avis de départ sur carte de correspondance postale.

4° Les frais de transports des objets jusqu'au local de l'exposition et ceux de retour sont à la charge de l'exposant. Les compagnies de che-

mins de fer suisses, françaises et de la Haute-Italie accordent le retour gratuit sur leurs lignes.

5° Aucun objet ne pourra être retiré avant la fin de l'exposition.

6° L'installation et la réexpédition des objets, ainsi que leur assurance dans les bâtiments d'expositions se feront par les soins et aux frais de la Commission d'exposition.

7° Pourront être admis à l'Exposition :

A. *Objets et modèles.*

Procédés et appareils de chauffage, de ventilation, d'éclairage, de drainage, de vidange.

Matériaux de construction et de voirie.

Appareils et dispositions hygiéniques pour les ateliers, les fabriques et l'industrie en général.

Substances non dangereuses employées par l'industrie, les arts, la confiserie,

Mobilier scolaire. Meubles et ustensiles spéciaux pour les enfants.

Etoffes, vêtements, chaussures et coiffures hygiéniques.

Aliments et boissons. Appareils et ustensiles de préparation, de conservation et d'analyse. Filtres, réservoirs et conduites d'eau.

Substances, procédés et appareils pour la désinfection et la destruction des germes morbides,

Instruments de médecine et de chirurgie. Service sanitaire civil et militaire; secours aux blessés.

Meubles et ustensiles pour malade. Matériel pour bains, douches, frictions, etc.

Instruments de physique, de chimie et de météorologie appliqués à l'hygiène.

Appareils de gymnastique, de natation et de sauvetage.

B. *Plans et dessins.*

Logements hygiéniques. Habitations ouvrières, Ecoles, Hopitaux, Baraques, Lazarets.

Travaux d'assainissement. Procédés d'utilisation ou de transformation des substances nuisibles et des résidus de voirie.

Appareils pour crémation. Maisons mortuaires. Nécropoles.

C. *Imprimés, cartes et tableaux.*

Livres et journaux d'hygiène et de climatologie.

Recueil de travaux des Conseils d'hygiène et autres institutions sanitaires

Publications de démographie. Bulletins et tableaux statistiques.

Cartes, courbes et résumés cartographiques de tous les faits relatifs à l'hygiène, à la police sanitaire, aux épidémies et aux endémies, à la statistique vitale et mortuaire.

Genève, 1882.

Pour le Comité d'organisation :

Le secrétaire général,

P.-L. DUNANT, Dr Prof.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 8 SAMEDI 22 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 8. Samedi 22 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Sur une conséquence peu connue des oreillons

Par M. le Dr Calmettes.

La répercussion des oreillons sur le testicule, l'ovaire, la mamelle est bien connue. Mais ce que l'on ignore généralement, ce que ne mentionnent ni les traités classiques ni les monographies, c'est que cette répercussion peut se faire aussi sur l'oreille, une surdité brusque, uni ou bi-latérale, étant alors la terminaison de la maladie. Le fait était cependant bien connu du créateur de l'anatomie pathologique de l'oreille, Toynbee, dont le traité parut en 1860. Suivant lui, le poison particulier auquel est due la maladie cause souvent une surdité complète, ordinairement mono-auriculaire. On constate alors que c'est l'élément nerveux qui a été frappé, la surdité étant brusque, absolue, et rien d'anormal ne se manifestant dans le conduit auditif ni dans la caisse du tympan. Lorsque le nerf n'est pas complètement paralysé et qu'il subsiste un peu d'audition, le traitement, ajoute Toynbee, consiste simplement dans l'emploi des révulsifs et dans l'exercice de l'oreille à l'aide du cornet acoustique. C'est le seul auteur, du reste, qui affirme la lésion labyrinthique d'origine ourlienne d'une façon aussi explicite. Sir John Roosa et Burnett, par exemple, dans leur traité, se bornent à la mentionner, ainsi que Schwartze dans son Anatomie pathologique de l'oreille.

D'autres auteurs, il est vrai, ont cité les oreillons comme pouvant causer de la surdité ; mais ils font allusion à des lésions suppuratives banales de l'oreille moyenne, comme peuvent en déterminer des affections naso-pharyngiennes, par exemple. Ainsi Vogel (Ziemssen's Handbuch, VII, 1) l'a observée dans les parotides terminées par suppuration ; il admet que, dans ce cas, le pus se fraie un passage le long des vaisseaux et des nerfs qui se rendent de la parotide à l'oreille. Pinet (Th. de Paris, 1878) rapporte l'opinion de Reisseignier, d'après laquelle la fluxion catarrhale peut envahir le conduit auditif et l'oreille moyenne et donner lieu à des otites avec surdité passagère. Bergeron dit qu'après les oreillons on peut voir persister une surdité définitive « s'il y a eu otite ». On voit combien ces faits diffèrent de ceux dans lesquels l'action du poison se manifeste par une surdité subite sans lésions apparentes.

A. Buck, auquel nous empruntons ces renseignements, a observé deux cas tout à fait démonstratifs à cet égard et confirmatifs de l'opinion de Toynbee. Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille de

16 ans. La tuméfaction de la région parotidienne de chaque côté était considérable, les mouvements de mastication douloureux; il y avait de l'angine avec gêne de la déglutition. Le troisième jour, il survint dans l'oreille droite une douleur vive avec bourdonnements qui dura plusieurs heures. Le lendemain seulement, la malade s'aperçut qu'elle n'entendait pas de ce côté; le bourdonnement persistait. Buck la vit le huitième jour; à ce moment, le gonflement était encore considérable; la perception pour la montre = 0 à droite; même quand l'oreille était bouchée avec le doigt, le diapason sur le sommet du crâne, la montre entre les dents, étaient mieux entendus dans l'oreille saine. Rien d'anormal dans l'appareil de transmission. Il n'y avait aucun des symptômes de Ménière. La tuméfaction de la gorge rendant le passage de l'air un peu difficile dans la caisse, on dirigea un traitement contre l'état du pharynx et l'on pratiqua des douches d'air répétées. Mais malgré le rétablissement du calibre de la trompe, l'ouïe ne s'améliora pas. Au bout de quinze jours, on essaya la teinture d'iode sur la région mastoïdienne et l'iodure de potassium à l'intérieur. La saturation iodique se manifesta au bout de trois semaines, mais sans amélioration de l'ouïe.

Dans un deuxième cas, concernant un homme de 41 ans, il se produisit une surdité de l'oreille gauche avec bourdonnements. La tuméfaction était plus marquée à gauche. Le bourdonnement répandu d'ailleurs dans toute la tête se localisa peu à peu dans l'oreille gauche. Vers le quinzième jour, survinrent tout à coup des nausées, du vertige, des troubles de l'équilibre, symptômes qui s'accentuèrent pendant quarante-huit heures, puis commencèrent à diminuer. Quatre sangsues en avant et en arrière du tragus : amélioration notable, sauf pour la surdité et les bruits. Iodure de potassium et mercure jusqu'à la salivation sans résultat. Buck voit le malade au bout de six semaines et constate que l'appareil de transmission de l'oreille gauche est normal; le diapason sur le crâne n'est entendu que dans l'oreille saine. Il ordonne de nouveau les déplétions locales et les révulsifs.

On voit que dans ces observations, conformément à l'opinion de Toynbee, la surdité a été mono-auriculaire; une fois, la tuméfaction était plus marquée du côté de l'oreille malade, une autre fois, elle l'était également des deux côtés. La surdité est survenue vers le troisième jour, accompagnée de bourdonnements très intenses. Pour Buck, il s'est fait un épanchement brusque de nature hémorrhagique ou inflammatoire dans le limaçon, mais, en outre, dans le deuxième cas, il est survenu au bout de quinze jours un nouvel épanchement dans le vestibule ou les canaux demi-circulaires.

Dans la discussion qui suivit cette communication au 14e Congrès des auristes américains, sir John Roosa, dont le traité ne contient

presque rien sur cette complication, affirme en avoir observé de si nombreux exemples qu'il éprouverait les plus vives inquiétudes en voyant un des siens atteint des oreillons. Il admet que la surdité est due à une névrite avec atrophie consécutive. Un seul des membres présents, Burnett, l'explique par une lésion catarrhale de l'oreille moyenne, opinion, disons-le en passant, qui est insoutenable, du moins dans les cas dont il s'agit.

A la suite de ce travail, parut une note intéressante de Moos concernant un enfant de 13 ans, devenu sourd à la suite des oreillons. Cette nouvelle observation diffère des deux premières en ce que la surdité était bilatérale et qu'elle s'accompagnait de troubles de l'équilibre, comme dans le deuxième cas de Buck, mais survenus dès le début de la maladie. Elle se produisit le cinquième jour; le sixième survinrent des vomissements; le huitième, l'enfant se levait en trébuchant. Pas de perte de connaissance. Les troubles de l'équilibre s'atténuèrent peu à peu ; un traitement par l'iodure de potassium n'eut pas d'action sur la surdité. L'enfant n'entendait pas du tout la voix. Il ne percevait dans l'oreille gauche aucun diapason appliqué sur le vertex, mais il croyait entendre le diapason ut , et ut , dans l'oreille droite. Si le fait était vrai, il faudrait admettre que toutes les fibres nerveuses n'étaient pas encore détruites dans cette oreille, celles qui correspondent aux sons graves étant conservées. Moos rejette l'hypothèse d'une méningite basilaire, puisqu'il n'y eut jamais de perte de connaisssance, et admet l'existence d'une affection labyrinthique bilatérale. Quant à la pathogénie de l'affection, il ne croit pas à une propagation directe, puisque des organes éloignés sont également atteints; d'ailleurs on ne voit pas par quelle voie elle pourrait se faire. Si l'on songe que, assez souvent, les deux testicules sont pris en même temps, on peut admettre, selon Moos, que dans certains cas d'oreillons, il pénètre dans la circulation des substances nuisibles qui stagnent dans des organes à circulation compliquée, comme le testicule, le labyrinthe, où la circulation en retour, est difficile. Cette théorie de l'infection secondaire par l'intermédiaire du sang trouve un point d'appui clinique dans ce fait que ce n'est qu'au bout de trois ou quatre jours en général que les accidents apparaissent.

Brunner en a publié aussi un cas intéressant. Une fille de 30 ans, d'une bonne santé, fut atteinte, pendant une épidémie d'oreillons, d'une tuméfaction médiocre aux deux régions parotidiennes. Peu de temps après, il survint du vertige avec un bruit semblable à celui d'un ruisseau, dans l'oreille droite. Au bout de quelques jours, la malade remarqua qu'elle n'entendait plus de cette oreille. Elle garda le lit une semaine et quand elle la quitta, le bourdonnement, le vertige et la surdité totale persistaient. Dans l'oreille sourde, l'appareil

de transmission était normal, mais le diapason n'était entendu qu'à gauche de tous les points du crâne. On constatait une réaction normale du nerf au courant constant; le bruit pathologique n'était pas influencé par la durée anodale du courant. On n'obtint aucun résultat de l'iodure de potassium.

De l'étude de tous les cas connus, Brunner tire les conclusions suivantes. La surdité nerveuse consécutive aux oreillons peut être uni ou bi-latérale, plus souvent uni-latérale (3 cas sur 5). Elle est toujours complète et jusqu'à présent incurable. Elle se développe très rapidement, c'est-à-dire en quelques jours, avec un vertige violent et des bruits subjectifs, symptômes qui persistent un certain temps. La fièvre n'est pas nécessairement liée à l'invasion de l'organe de l'ouïe, car on ne la trouve pas mentionnée dans les observations. La douleur n'a été observée qu'une seule fois. Il n'y a pas de perte de connaissance et l'état général est satisfaisant. La maladie frappe les enfants comme les adultes. Il fait encore remarquer que cette affection ressemble beaucoup à la maladie de Ménière et à la maladie de Voltolini. Il s'agit toujours dans ces états morbides d'un exsudat brusque, séreux ou hémorrhagique, car les troubles généraux sont trop peu marqués pour permettre de penser à un exsudat purulent. Mais quand même il est de nature séreuse et qu'il tend à se résorber naturellement, le pronostic n'en est pas moins grave, étant donnés les organes délicats du labyrinthe enfermés dans une cage osseuse inextensible. Si l'atrophie complète vient souvent terminer l'orchite ourlienne, on comprend qu'il doit en être de même à plus forte raison pour l'organe de Corti. L'analogie de ces deux complications est frappante; quant à l'explication qu'on en peut donner, la métastase n'est pas généralement adoptée; ainsi Combeau considère les oreillons comme une maladie générale à localisations multiples (conjonctive, pharynx, urèthre, testicule, vulve, ovaire), théorie qui explique moins bien que celle de Moos l'apparition tardive des localisations dans les organes autres que la glande parotide (1).

En terminant, je citerai un fait personnel qui bien qu'incomplet est intéressant, parce qu'il concorde avec ceux qui ont déjà été mentionnés. On m'écrivait récemment de province au sujet d'une petite fille de 6 ans, d'une très bonne santé, qui, atteinte des oreillons dans le cours d'une épidémie, était devenue presque complètement sourde « à peu près simultanément à l'apparition de ces grosseurs qui ne « paraissent pas avoir atteint la proportion des oreillons ordinaires.» Il n'y avait eu ni douleur, ni écoulement, ni bourdonnements. Au bout de huit mois, il n'y avait aucun changement; l'enfant entendait encore la voix criée. Il est bien probable que l'examen de l'oreille aurait révélé une lésion labyrinthique.

(1) Cité par Vogel, Ziemssen's Handbuch, VII 1, p. 103,

Il reste à déterminer la proportion réelle de cette complication ses rapports avec l'orchite, sa prédominance suivant les sexes, etc. C'est à nos confrères dont l'attention sera maintenant éveillée sur ce point à nous fournir les résultats de leur expérience personnelle.

Recherches sur les lois de l'activité du cœur.

Par M. Dastre (1).

Le jeu du cœur est régi par deux lois que les physiologistes connaissent sous le nom de *loi de la variation périodique de l'excitabilité* (Marey) et de *loi de l'uniformité ou du rhythme* (E. Cyon, Marey). Je me suis proposé de faire l'analyse expérimentale de ces propriétés, à savoir : le cœur étant un organe complexe musculaire et nerveux, à laquelle de ces deux parties l'une et l'autre propriété devaient être attribuées, d'en chercher l'explication et enfin d'en déduire les conditions ou causes du mouvement rhythmé. Je crois que la première est un attribut, une manière d'être du muscle ; que la seconde est un attribut de l'appareil nerveux.

I. M. Marey a montré que, dans le cours d'une révolution, le cœur (tortue, grenouille) passait périodiquement par deux états : pendant la contraction, il est réfractaire aux excitations, qui, appliquées un peu plus tard, pendant le relâchement, provoquent un battement nouveau intercalé dans la série de ses battements rhythmiques. L'excitabilité varie périodiquement : très faible pendant que le cœur se contracte, elle croît régulièrement pendant tout le temps qu'il est relâché.

La propriété avait été reconnue pour le cœur entier (nerfs et muscles). Nous l'avons recherchée (2) dans le muscle seul (pointe du ventricule). Cette pointe est naturellement inerte : elle ne bat pas. Un artifice, l'emploi de courants d'induction fréquemment interrompus, la fait battre rhythmiquement. Lorsque les battements sont devenus réguliers, on surprend le muscle aux différentes périodes de sa révolution par une décharge supplémentaire. On a soin que cette décharge ne rompe pas le rhythme du courant excitateur : pour cela on supprime brusquement une résistance électrique intercalée dans le circuit inducteur. Si l'on a soin de remplir les conditions nécessaires pour que l'excitation surajoutée soit toujours identique à elle-même, on vérifie que le muscle cardiaque, comme le cœur entier, est réfractaire pendant la systole et excitable pendant la diastole. La loi d'inexcitabilité périodique est donc véritablement une loi musculaire. L'excitabilité du muscle cardiaque augmente régulièrement, depuis le début du relâchement jusqu'à la fin. Quant à la phase systolique,

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Ces expériences ont été faites en collaboration avec le Dr Arturo Marcacci, assistant à l'Institut physiologique de Turin.

la variation d'excitabilité pendant sa durée est plus difficile à caractériser. Il nous a paru que, contrairement à ce qui a été dit à propos du cœur tout entier, l'excitabilité décroît d'une manière continue pendant la phase systolique. La courbe de l'excitabilité serait représentée par le graphique même de la contraction renversé.

La loi de la variation périodique d'excitabilité, appliquée au muscle, permet d'expliquer légitimement, ainsi que M. Marey l'avait fait par avance, deux des propriétés spéciales du muscle cardiaque, à savoir: 1° d'exécuter des mouvements discontinus pour une excitation continue (Heidhenhain, Ranvier, Dastre et Morat); 2° de réagir à des excitations rhythmées en prenant un rhythme de mouvement différent (Eckhardt, Bowditch, Dastre et Morat).

Les travaux d'un grand nombre de physiologistes ont solidement établi l'idée que le mouvement rhythmé est une propriété adéquate du muscle cardiaque. Il restait à savoir qu'elles sont normalement les excitations continues ou intermittentes qui permettent au muscle cardiaque de traduire en fait son aptitude au mouvement rhythmique.

La plus remarquable de ces excitations est celle de la pression. M. Marey d'abord, puis J.-M. Ludwig et Luchsinger, M. Foster et Gaskell ont mis en évidence l'action excitatrice de la pression sur le muscle cardiaque. Une pression suffisante peut provoquer les mouvements du muscle cardiaque immobile. Cette même propriété appartient à d'autres muscles creux de la vie organique, tels que l'uretère. Une de nos expériences montre que les variations périodiques de la pression qui se produisent normalement dans le cours d'une révolution cardiaque sont précisément aptes à entrenir le rhythme des contractions. On conjugue deux cœurs isolés: par exemple, un cœur de tortue et un cœur de grenouille préparé à la façon de Bernstein; lorsque les tubes sont réunis, la pression engendrée par la con traction du premier se fait sentir périodique dans l'autre. La pointe du cœur de grenouille, tout à l'heure immobile, se met à battre avec le rhythme du cœur de tortue, tandis que la base avec les oreillettes conserve son rhythme propre.

Les propriétés du muscle et les alternatives de la pression suffisent donc à entretenir les battements du cœur.

A cet appareil musculaire essentiel au rhythme s'en ajoute un second qui est accessoire, c'est le système nerveux intra-cardiaque, véritable système de perfectionnement, et enfin, au-dessus de cet appareil, et agissant de la même manière, un autre encore renforçant 'action du précédent, le système nerveux (modérateur et accélérateur) extra-cardiaque ou extrinsèque.

L'explication de la loi de la variation périodique d'excitabilité résulte des mêmes faits et d'une autre expérience qui consiste à établir la conjugaison croisée de deux cœurs, l'un normal, l'autre pré-

paré à la façon de Bernstein. La pression, stimulant promoteur du rhythme, n'a d'action que si elle s'exerce à l'intérieur : appliquée à l'extérieur, elle ne détermine pas la pointe immobile à entrer en action. Son efficacité paraît due, par conséquent, à ce qu'elle se comporterait comme un agent mécanique de distension. L'excitabilité du cœur s'accroît pendant la phase diastolique, parce que la distension active ou élastique produit par elle-même une stimulation. Cette stimulation, qui vient s'ajouter à celles qui sollicitent d'autre part le muscle cardiaque, à ce moment, fait paraître celles-ci plus efficaces.

II. *Loi de l'uniformite du rhythme du cœur.* — M. Marey a observé que, lorsque l'on trouble le rythme normal du cœur (grenouille) en provoquant artificiellement une contraction nouvelle, *après chaque systole provoquée, il se produit un repos compensateur qui rétablit le rhythme du cœur un instant altéré.*

Nous nous sommes proposé d'étudier quelques-unes des circonstances de ce phénomène et, en particulier, de savoir s'il manifeste une propriété du muscle ou une propriété de l'appareil nerveux cardiaque. Voici les faits :

1° Lorsque l'on opère sur le cœur entier, les excitations efficaces ou inefficaces, qu'elles produisent un travail additionnel ou non, peuvent être suivies d'une pause manifeste. Ce repos est un phénomène indépendant du travail musculaire ;

2° Lorsque, au contraire, l'on excite le muscle cardiaque seul, entretenu artificiellement en mouvement parfaitement régulier, ces excitations, efficaces ou non, ne sont point suivies de repos.

Le repos compensateur est donc le fait de l'appareil nerveux intracardiaque. Celui-ci, outre sa fonction d'auxiliaire du système musculaire, présiderait à la régulation du travail du cœur (1).

La formule contenue dans le travail de M. Mook, inséré dans notre dernier numéro, doit être rectifiée de la manière suivante :

Poudre de Dowers.	0,08 centigr.
Masse de cynoglosse	0,02 —
Iodoforme	Un centigr.
Extrait de gentiane	0,09 —

pour une pilule ; une à trois par jour.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 *juillet* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Amputation ostéo-plastique. — *M. Desprès*, à propos du malade présenté par M. Le Fort dit qu'il a pu comparer les résultats de l'amputation sous-astragalienne et d'une amputation ostéo-plastique d'a-

(1) Ce travail a été fait dans le laboratoire de physiologie de la Sorbonne (P. Bert).

près le procédé de Le Fort, chez deux malades qu'il a opérés : le résultat a été brillant et tout à l'avantage du procédé de M. Le Fort, de sorte qu'on doit faire cette opération toutes les fois qu'elle est possible.

M. Trélat est d'avis qu'on ne doit pas comparer la sous-astragalienne avec l'amputation de M. Le Fort : chacune a ses indications, on ne doit comparer que les opérations semblables, l'opération Le Fort avec l'opération de Pirogoff; or, il est incontestable que la forme du moignon par le premier procédé est préférable.

M. Le Fort. Evidemment mon opération ostéo-plastique ne peut être faite quand le calcanéum est altéré ; mais, dans le cas où il est sain, on fait plutôt la sous-astragalienne, ce qui est un tort. A l'étranger, dans les cas semblables, on fait de préférence la Pirogoff.

M. Després. Un de mes malades se trouvait être dans les conditions d'une sous-astragalienne : ses os étaient devenus friables par le fait d'une suppuration prolongée, car le calcanéum s'est brisé spontanément dans ma main.

Kyste de l'ovaire. — *M. Trélat.* M. Després a présenté une malade guérie d'un kyste de l'ovaire par la ponction et l'injection iodée. Il s'agissait très probablement d'un kyste para-ovarien à liquide clair, peu albumineux, qui peut guérir seulement par la simple ponction.

M. Lucas-Championnière. L'injection iodée est plus incertaine que l'ovariotomie dans les résultats. L'injection iodée n'a qu'une indication, c'est quand il y a des adhérences totales et que la tumeur ne peut être enlevée.

M. Le Fort a fait la statistique de tous les cas d'injection iodée. Or, la mortalité est maintenant plus considérable qu'avec l'ovariotomie. Mais il faut dire qu'au temps où Boinet publiait ses observations, on injectait tous les kystes, les uni comme les multilculaires. Pour un kyste uniloculaire à contenu séreux, j'accepterais difficilement l'ovariotomie.

En 1863, nous pensions que les ponctions entraînaient des adhérences du kyste à la paroi : ce n'est vrai que quand il y a une inflammation à la suite. A cette époque, je fis une ponction à une malade dont le kyste contenait un liquide citrin ; elle sortit : je l'ai revue en 1869 ; la guérison persistait, une simple ponction avait suffi.

M. Trélat. M. Lucas-Championnière nous a dit que chaque fois qu'un kyste de l'ovaire pouvait être enlevé, il fallait le faire ; je ne suis pas de cet avis.

Il faut enlever les kystes dont les parois végètent, pullulent en quelque sorte, car ils sont dangereux. Si les kystes sont dans des conditions de guérison spontanée, il ne faut pas les enlever ; une simple ponction suffit ; si cette ponction n'est pas suffisante, on peut y ajouter l'injection iodée.

M. Duplay. Pour moi, la malade de M. Després pouvait guérir par une simple ponction. J'ai observé une dizaine de cas de kyste du para-ovarium qui ont guéri simplement par la ponction; plusieurs fois j'ai été obligé de faire deux ou trois ponctions.

Deux malades que j'ai vues ont failli succomber à la suite de l'injection iodée.

M. Terrier. J'ai rencontré une fois un gros kyste uniloculaire que j'ai ponctionné. C'était un kyste du parovarium; au bout d'un an une autre poche s'était développée. Si on a affaire à un kyste du parovarium, il faut faire simplement la ponction et attendre; s'il y a une ou deux récidives, il faut faire l'ovariotomie.

M. Lucas-Championnière. Le diagnostic du kyste est toujours difficile : on ne sait bien la nature du kyste qu'après avoir ouvert l'abdomen.

J'ai ponctionné deux fois des malades, le liquide s'est reproduit : je ne fais jamais d'injection iodée, je préfère l'ovariotomie. Le cas de M. Le Fort est exceptionnel.

Quand j'ai opéré les deux kystes para-ovariques, l'ovaire était malade et j'ai dû l'enlever. En présence d'un kyste persistant, j'enlève toujours l'ovaire.

M. Verneuil. J'ai vu le même cas que M. Le Fort, il y a quinze ans, à Lariboisière. Je fis la ponction : le liquide était clair comme celui d'une kydatide. La malade est sorti guérie. Deux ans après elle m'amenait une de ses amies à qui je fis la ponction simple et qui sortit guérie.

En pareil cas je ne fais jamais l'ovariotomie d'emblée.

La constitution du kyste para-ovarique est simple; la membrane d'enveloppe est mince et facile à déchirer; l'injection iodée serait dangereuse.

M. Trélat constate que tous les orateurs se mettent d'accord. Du reste, Spencer Wells insiste sur la nécessité de ces ponctions qui peuvent guérir les kystes.

M. Duplay dit qu'on peut diagnostiquer les kystes du parovarium avant la ponction. Le plus souvent, comme ils ne sont pas pédiculés, l'ovariotomie est plus grave.

M. Lucas-Championnière. Quand on a fait une ponction et que le liquide se reproduit, doit-on faire encore une nouvelle ponction? Il croit que non, car ces ponctions répétées n'assurent que très exceptionnellement la guérison.

M. Després, pour répondre aux objections qui sont faites contre l'utilité et la gravité de l'injection iodée, reproduit une observation.

M. Terrier avait fait des réserves sur la nature du kyste de M. Després qu'on avait cru être un kyste du parovarium: ce n'en était pas un. Au point de vue du diagnostic, l'examen microscopique du

liquide fournit des résultats très concluants. Le liquide des kystes ovariens contient des cellules épithéliales bien décrites par Malassez et de Sinéty.

L'ovariotomie aurait guéri le malade de M. Desprès. Du reste, l'ovariotomie et l'injection iodée sont des opérations graves. De ce qu'elle n'a pas donné d'accidents chez la malade de M. Desprès, il ne s'ensuit pas qu'elle ne soit pas sérieuse. Du reste, on a pu faire une injection iodée dans le ventre sans qu'il s'en soit suivi d'accident. J'ai vu avec M. Pozzi un cas de ce genre chez une malade, à laquelle nous avons fait l'ovariotomie.

M. Pozzi soutient qu'avec l'injection iodée on n'est pas sûr de guérir un kyste uniloculaire. Le kyste peut être uniloculaire chirurgicalement et ne pas l'être anatomiquement ; il peut exister dans les parois de la poche un petit kyste qui échappe à l'examen le plus minutieux après la ponction et qui peut se développer quand la poche principale a été oblitérée ; j'ai vu deux cas de ce genre, une fois dans un kyste du parovarium, une fois dans un kyste ovarien.

M. Marc Sée pense que l'injection iodée doit être rejetée dans les kystes à parois épaisses. L'analogie avec ce qui se passe pour les hydrocèles l'indique; l'injection iodée ne réussit pas quand les parois de la poche sont trop épaisses.

M. Roussel soumet à la Société une modification à son transfuseur qui permet de faire la saignée à *la main libre* sans que cependant l'air entre dans l'appareil.

P. Bazy.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 24 au 29 juillet 1882). — *Lundi*, 24. — Doctorat, 1er (Dissection): MM. Duplay, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique*: Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (nouveau régime) : MM. Baillon, Hanriot et Henninger. — 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Hanriot et Bourgoing. — 1er (ancien régime) : MM. Béclard, Trélat et Rémy. — 4e: MM. Bouchard, Parrot Rendu. — 4e: MM. Vulpian, Hayem et Straus. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Sappey et Fournier — 5e (Charité): MM. Peter, Guyon et Budin. — 5e (Charité): MM. Hardy, Duplay et Charpentier.

Mardi, 25. — Doctorat, 2e (ancien régime) : MM. G. Sée, Peter et Richelot. — 2e (ancien régime): MM. Jaccoud, Bouchard et Berger. — 2e (ancien régime) : MM. Hardy, Duplay et Raymond. — 1re classe (sages-femmes): MM. Pajot, Robin et Hardy. — 5e (Clinique externe et accouchement. (Hôtel-Dieu): MM. Richet, Panas et Charpentier.

Mercredi, 26. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Trélat

et Farabeuf.— 1er (ancien régime, oral): MM. Verneuil, Tillaux et Reclus. — 2e : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 3e (nouveau régime, oral, 1re partie, pathologie externe et accouchements): MM. Guyon, Duplay et Pinard. — 4e: MM. Bouchardat, Parrot, et Dieulafoy. — 4e : MM. Potain, Hayem et A. Ollivier. — 4e: MM. Vulpian, Charcot et Rendu. — 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Baillonet Fournier. — 2e classe : MM. Pinard Gariel et Hanriot.

Jeudi, 27. — Doctorat, 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Baillon et Gay. — 2e (ancien régime) : MM. Peter, Bouchard et Peyrot. — 2e (ancien régime): MM. Ball, Cornil et Humbert. — 3e (nouveau régime, oral, pathologie externe et accouchements): MM. Richet, Le Fort et Charpentier. — 4e: MM. Lasègue, Jaccoud et Joffroy. — 4e: MM. G. Sée, Brouardel et Hallopeau. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Robin et Sappey. — 5e doctorat (Hôtel-Dieu): MM. G. Sée, Richet et Charpentier.

Vendredi, 28. — 1er (nouveau régime): Laboulbène, Hanriot et Gay. — 1er (nouveau régime) : MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 1er (officier de santé): MM. Hayem, Duplay et Monod.—1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Trélat et Verneuil. — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Béclard, Charcot et Richet. — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Vulpian, Fournier et Cadiat.—3e: MM. Regnauld, Hanriot et Bocquillon. — 4e: MM. Bouchardat, Parrot et Straus. 5e (Charité): MM. Potain, Guyon et Pinard.

Samedi, 29. — MM. Richet, Jaccoud et Grancher. — 2e : MM. Peter, Brouardel et Peyrot. — 4e: MM. Lasègue, Hardy et Raymond.— 4e: MM. Ball, Bouchard et Debove. — 1re classe (sages-femmes): MM. Pajot, Sappey, Laboulbène.

Samedi, 29. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses): Composition écrite.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 11 juillet, sur le rapport du ministre de l'intérieur, sont promus au grade d'officier de l'ordre national de la Légion d'honneur : MM. Le Dr Bocamy (Jean-François-Abdon), médecin-inspecteur des enfants assistés et des aliénés du département des Pyrénées-Orientales, en exercice depuis 1869, médecin des hospices et des épidémies, membre du conseil central d'hygiène depuis 1854, président de l'association médicale du département ; 36 ans de services. Titulaire de deux médailles dont une en or, pour sa belle conduite lors des épidémies cholériques de 1849 et de 1854. — Le Dr Vanier, médecin à l'Isle-Adam (Seine-et-Oise) ; 30 ans de services, tant dans les hôp taux de Paris que dans l'exercice de sa professsion à l'Isle-Adan. Belle conduite pendant les épidémies. — Le Dr Audé (Alexandre), médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Fontenay-le-Comte (Vendée), en exercice depuis 1865, précédemment médecin suppléant, médecin de la maison d'arrêt et de la Société de secours mutuels, membre du conseil municipal, a rempli, à plusieurs reprises, les fonctions de maire ; 22 ans de services.

Par décret en date du 13 juillet, sur le rapport du ministre de l'instruction publique sont nommés au grade d'officier:

M. Marey (Etienne-Jules), professeur au Collège de France, membre de l'Institut. Chevalier depuis 1866.

Au grade de chevalier : MM. Poincaré (Emile-Léon), professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; 27 ans de services. — Le Dr Daremberg (Georges), publiciste, membre correspondant de l'Académie de médecine ; missions et publications scientifiques. Titres exceptionnels.

Par décret en date du 17 juillet 1882, M. Dumoulin (Marie-François-Auguste), docteur en médecine, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Poligny (Jura), médecin inspecteur des eaux minérales de Salins, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur; 28 ans de services publics et gratuits.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Dans la séance du 19 juillet 1882, le conseil supérieur de l'instruction publique a statué sur les affaires suivantes :

1° Projet de modification de l'article 4 du décret du 20 juin 1878 concernant les épreuves du doctorat en médecine. — Rapporteur : M. Gavarret.

2° Projet d'arrêté abrogeant le règlement du 10 août 1877, qui permet de prendre la première inscription au 3e trimestre. — Rapporteur : M. Moitessier.

3° Projet de modification de l'article 5 du décret du 20 juin 1878 concernant les épreuves du doctorat en médecine. — Rapporteur : M. Gavarret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les agrégés dont les noms suivent sont appelés à suppléer pendant les vacances MM. les professeurs de clinique médicale et chirurgicale dans leur service hospitalier :

Pitié : M. Terrillon remplacera M. le professeur Verneuil ; *Charité* : M. Berger remplacera M. le professeur Gosselin ; *Necker* : M. Bouilly remplacera M. le professeur Trélat ; *Saint-Louis* : M. Hallopeau remplacera M. le professeur Fournier ; *Enfants-Assistés* : M. Guéniot remplacera M. le professeur Parrot ; *Salpêtrière* : M. Joffroy remplacera M. le professeur Charcot ; *Clinique d'accouchements* : M. Charpentier remplacera M. le professeur Depaul.

— Le concours du clinicat des maladies mentales est reporté au 25 de ce mois.

— Le jury du concours pour les bourses de doctorat en médecine qui s'est ouvert le 20 juillet, à huit heures du matin, se compose de MM. les professeurs Baillon président, Sappey, Panas, Hayem et Ball. Le nombre des candidats est de 26, répartis ainsi qu'il suit :

Première année, sept candidats ; deuxième année, trois candidats ; troisième année, cinq candidats ; quatrième année, onze candidats.

— Les élèves qui désireraient soutenir leur thèse avant les vacances sont instamment priés de remplir toutes les formalités nécessaires avant le samedi 22 juillet 1882, à quatre heures du soir, dernier délai.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 9 MARDI 25 JUILLET 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 58, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER
le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Pharmaciens.


EN VENTE DANS LES Mons d'EAUX MINÉRALES
EMPLOYÉE DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX
EAU
SULFUREUSE
Source
SÉVIGNÉ
APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
AUTORISATION de l'ÉTAT
AGENCE GÉNÉRALE
51 rue Vivienne
PARIS
AFFECTIONS de la GORGE
LARYNX ASTHME
BRONCHES
MALADIES de la PEAU
LYMPHATISME
SCROFULE

29e Année. — Tome II. — N° 9 Mardi 25 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HOPITAL DU MIDI. — SERVICE DE M. LE Dr HORTELOUP.

Du bubon chancreux.

Leçon recueillie par M. WICKHAM,
Interne du service.

Je veux vous dire un mot aujourd'hui des bubons de l'aine, et en particulier du bubon chancreux. Cette dernière variété est importante à connaître ; le médecin en effet ne doit pas ignorer les accidents qui l'accompagnent trop souvent, afin de ne pas s'aventurer dans un pronostic favorable.

Le retentissement des plaies et des ulcérations des organes génitaux sur les ganglions de l'aine était connu de toute antiquité ; mais ce n'est que depuis le commencement de ce siècle que les auteurs ont fait des recherches importantes sur ce sujet. Leurs travaux permettent aujourd'hui, par la simple inspection du pli de l'aine, de diagnostiquer, en présence d'une ulcération des organes génitaux, une lésion inflammatoire ou chancreuse simple, ou bien une lésion *syphilitique*.

Lorsqu'on lit les ouvrages anciens, on y remarque une confusion complète. Se trouvait-on en présence d'une adénite indolente, le début de l'infection syphilitique remontait à de longues années. On décrivait des bubons primitifs survenant sans lésions des organes génitaux, des bubons secondaires consécutifs à la blennorrhagie, à des ulcérations de la verge et du scrotum, enfin des bubons tertiaires, froids, indolents, se rencontrant chez les syphilitiques, sans cause connue.

Telle n'est pas, vous le savez, l'opinion qui a cours aujourd'hui ; c'est surtout à M. Ricord que revient l'honneur d'avoir débrouillé cette délicate question.

Vous m'avez vu maintes fois, avant tout examen, rechercher l'état des ganglions de l'aine ; j'attache en effet une grande importance à cette exploration, vous en comprendrez tout à l'heure la raison.

D'une manière générale, toute plaie des organes génitaux peut engendrer une adénite inguinale, mais il s'en faut que, dans tous les cas, cette dernière se présente avec les mêmes caractères.

Tantôt vous sentirez, et même vous verrez, dans les deux aines, plusieurs ganglions isolés, durs, indolents à la pression ; ils roulent facilement sous le doigt. Il n'est pas rare d'en rencontrer un plus volumineux que les autres : on lui a réservé le nom de ganglion direct

ou anatomique. Tantôt vous trouverez d'un seul côté ou des deux côtés à la fois, un ganglion unique, douloureux, faisant corps avec la peau et le tissu cellulaire ambiant.

Tantôt enfin la région inguino-crurale sera le siège de masses ganglionnaires volumineuses, agglomérées, peu douloureuses, et présentant par places quelques points de fluctuation.

Ces trois variétés de bubons sont très différentes. La première se rencontre chez les syphilitiques, la seconde chez les individus porteurs d'une lésion inflammatoire ou chancreuse simple; enfin la dernière correspond à un état strumeux et n'a rien à voir avec les maladies vénériennes.

J'insisterai sur les adénites consécutives aux chancres simples, vu leur importance clinique. Elles sont très fréquentes; elles débutent généralement quinze ou vingt jours après l'apparition du chancre, d'autres fois plus tard, si bien que l'ulcération vénérienne est cicatrisée depuis un certain temps, lorsque les premiers symptômes de l'adénite apparaissent.

Vous en connaissez les caractères symptomatiques : à une douleur inguinale fait suite un gonflement de la région. La peau adhère au ganglion, et présente une certaine rougeur. Il y a de la gêne dans la marche: le malade a la démarche embarrassée d'un jeune cheval; aussi le vulgaire désigne-t-il cette affection sous le nom de poulain.

L'adénite arrivée à cet état, que va-t-il se passer ?

Sous l'influence de sangsues et de cataplasmes, la résolution et par suite la guérison pourront avoir lieu, mais, je dois vous le dire, c'est là une des terminaisons les plus rares et, quelque hâtive que soit votre intervention, vous n'empêcherez pas l'adénite de suivre son cours. Le mal augmentera; la tumeur deviendra fluctuante, acquerra le volume d'un œuf de poule, la peau rougira parfois en un seul point et alors du pus louable, jaunâtre, sera évacué par une ouverture faite spontanément. D'autres fois la peau présentera un aspect violacé, dans toute l'étendue du bubon; plusieurs pertuis se formeront, donnant issue à un pus noirâtre, caractéristique du pus chancreux. En introduisant une sonde cannelée par un de ces pertuis, on remarquera que la peau est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier.

Le pus est-il louable ? La guérison ne se fera pas attendre ; en dix ou quinze jours, les parois de l'abcès se recolleront. Vous en avez vu un exemple dans nos salles.

Le pus présente-t-il au contraire la couleur que je vous indiquais il y a un instant ? La paroi antérieure tombe ; les bords de la plaie s'ulcèrent, et si l'on n'a pas le soin de bien panser la cavité de l'abcès, un clapier se forme à la partie inférieure, rongeant les tissus et retardant indéfiniment la guérison. Aussi lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un bubon chancreux, il ne doit pas hésiter à intervenir

franchement ; je vous dirai dans la prochaine leçon les moyens thérapeutiques dont vous devez faire usage.

En somme, dans le premier cas on a affaire à une simple adénite inflammatoire, comme on est susceptible d'en rencontrer dans tout autre point de l'économie abondamment pourvu de ganglions lymphatiques. C'est une inflammation consécutive à une irritation; vous savez que dans ce cas les Allemands ont admis le transport d'un principe phlogogène qui présiderait à l'éclosion de l'adénite.

Le mode d'apparition du bubon chancreux ainsi que son développement offrent quelque intérêt à être étudiés. Le pus chancreux se trouve transporté jusque dans la trame ganglionnaire, et là il fait subir aux tissus les mêmes transformations que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané subissent lorsque nous inoculons un chancre simple. Qui plus est, si, avec une seringue de Pravaz, nous injections une certaine quantité de pus chancreux dans l'intérieur d'un ganglion, nous reproduirions ce qui se passe naturellement.

Un chancre intérieur se produira ; il y aura désorganisation de tout le ganglion, production de pus, enfin évacuation de la collection purulente au dehors. Tout ce travail, nous le répétons, n'est qu'un travail d'ulcération et de désorganisation.

Donc le bubon chancreux se développe à la suite du chancre simple, par suite du transport du pus du chancre dans la trame ganglionnaire. Mais comment s'opère ce transport?

L'explication est simple : le chancre ouvre un vaisseau lymphatique et du pus chancreux est puisé pour ainsi dire au niveau de l'ulcération. Aussi vous ne serez pas étonnés de savoir que les chancres du frein sont plus enclins que les autres à être suivis de bubons chancreux. A cet endroit, les lymphatiques sont nombreux, et leur ouverture est facile.

L'adénite chancreuse présente parfois de graves accidents, mais je vous en parlerai la prochaine fois en même temps que je vous donnerai des indications sur le traitement.

De la régénération des nerfs périphériques par le procédé de la suture tubulaire (1).

Par M. C. Vanlair.

En 1881, M. Gluck avait conçu l'ingénieuse idée d'utiliser, dans ses expériences de neuroplastie, les drains d'osséine imaginés par Neuber ; mais il n'est arrivé qu'à des résultats négatifs. Cet échec s'expliquait difficilement, car les tubes d'os décalcifié présentent, à première vue, un ensemble presque idéal de conditions favorables à

(1) Communication à l'Académie des sciences.

la reproduction des nerfs. Il y avait donc lieu de tenter de nouveaux essais en écartant, autant que possible, les circonstances accidentelles qui avaient pu compromettre le succès des premières opérations. Ces recherches, je les ai entreprises dans le courant de l'année dernière, et, plus heureux que le chirurgien de Berlin, je suis parvenu du premier coup à obtenir, après un délai de quatre mois, la régénération d'un funicule nerveux ne mesurant pas moins de $0^m,05$. J'ai même acquis la conviction que l'on pourrait arriver à reproduire, par ce procédé, des segments nerveux dont la longueur n'aurait d'autres limites que celles du membre lui-même.

Ces recherches m'ont fourni, en outre, l'occasion d'étudier de près le processus de la régénération des nerfs périphériques, j'ai pu m'assurer d'abord que l'on devait considérer comme définitivement établi le principe du *bourgeonnemeut centrifuge*, tel qu'il ressort des travaux d'Eichhorst, de Ranvier et de Hehn. Mais, à coté de cette donnée fondamentale, j'ai pu recueillir un certain nombre de faits intéressants qui ont passé jusqu'à présent inaperçus ou n'ont pas reçu l'interprétation qu'ils comportaient. Voici quelques-uns de ces résultats :

1° Une restauration partielle de l'activité musculaire, corrélative à une régénération anatomique des fibres nerveuses, peut être obtenue longtemps *avant* le retour de la sensibilité cutanée.

2° La prolifération des fibres nerveuses commence, dans le segment central, à plus de $0^m,015$ au-dessus du point de section.

3° La *multiplication* s'opère toujours, en premier lieu, dans la *zone marginale* des névricules au bout central et n'atteint que très tardivement les faisceaux axyles du névricule ; d'où cette conclusion que la cause efficiente de la prolifération ne réside pas dans l'irritation directe des fibres résultant de la section même, mais dans l'inflammation qui s'empare de l'épineurium à la suite de traumatisme.

4° Les cylindraxes nés des fibres marginales accomplissent à travers la gaine lamelleuse du névricule un véritable *exode* ; ils forment bientôt autour d'elle une couche mince et discontinue, qui se transforme rapidement en un *manchon* épais et ininterrompu. Ce manchon lui-même ne tarde pas à s'incorporer au névricule par le fait de la disparition progressive de la gaine lamelleuse.

5° La *maturation* des fibres et des faisceaux de formation nouvelle s'effectue *de la périphérie vers le centre*. La moitié inférieure du segment intercalaire se rapproche, en effet, beaucoup plus du type normal que la moitié supérieure. La plupart des *fibres* y sont pourvues d'une gaine médullaire ; les *fascicules* y sont plus volumineux et plus distincts, et leur mode de lobulation, ainsi que la qualité de leur tissu endoneurial, leur donne une apparence presque physiologique ; enfin, ces fascicules s'y groupent en un petit nombre de

gros *faisceaux* (*névricules de nouvelle formation*), qui s'enveloppent chacun d'une gaine propre, et entre lesquels vient s'interposer comme dans les nerfs normaux, un tissu connectif lâche, chargé de cellules adipeuses.

6° Les rapports entre le segment intermédiaire et le bout périphérique sont les suivants ;

Il peut arriver d'abord qu'un faisceau, constitué déjà a l'état de névricule distinct dans la partie inférieure du segment intercalaire, traverse le renflement inférieur, puis en émerge, sous forme d'un *nerf tout à fait indépendant*, pour aller se ramifier dans la masse musculaire voisine. D'autres faisceaux plus petits vont longer les névricules dissociés du bout périphérique, sans pénétrer dans leur intérieur, en sorte que sur une coupe on aperçoit deux *circonscriptions* distinctes : l'une constituée par des névricules jeunes, vivants, presque microscopiques, en communication directe avec ceux du segment intermédiaire ; l'autre composée de névricules plus volumineux, appartenant exclusivement au bout périphérique, et dont toutes les anciennes fibres sont dégénérées. Une autre partie encore des fibres du nerf intermédiaire se disséminent et *se perdent* dans le tissu fibro-élastique du renflement inférieur.

Enfin, une portion *restreinte* des fibres nouvelles s'insinue dans les névricules anciens tombés en dégénération et s'enfonce soit dans les gaines de Schwann, soit plutôt dans les interstices des fibres anciennes, pour se propager jusqu'à une certaine distance au-dessous du point de la section.

Le bout périphérique ne sert donc de conducteur qu à un très petit nombre de fibres ; pour le reste, il constitue un véritable obstacle à la progression régulière des éléments nouveaux. De là ce précepte, tout à fait en opposition avec la pratique habituelle des chirurgiens, qu'il convient de laisser entre les segments trop distants pour être affleurés un très grand intervalle, afin de retarder le plus possible la collision du nerf intermédiaire avec le bout périphérique. Il faudrait naturellement alors prévenir l'oblitération de l'espace qui sépare les deux segments par l'interposition d'un tube de Neuber.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de la couperose. — La couperose est curable et elle peut être guérie sans danger. Les affections utérines, les constipations habituelles sont des causes prédisposantes qu'il faut d'abord chercher à faire disparaître. M. Hardy insiste sur le froid aux pieds qui est une cause fréquente de la congestion de la face. M. Vidal recommande d'agir contre la constipation par les pilules suivantes :

Aloès	1	gramme
Rhubarbe	2	—
Essence d'anis	2	gouttes

pour 20 pilules ; le malade en prendra une ou deux au dîner dans une cuillerée de potage.

Aux gastralgiques on prescrit l'eau de Vals, l'eau de Vichy. Les arthritiques se trouvent bien des stations de Vichy, Royat, Uriage, Saint-Gervais. Aux scrofuleux on donne l'huile de foie de morue ; aux anémiques les ferrugineux.

Il est nécessaire de proscrire les alcooliques, le thé, le café. Le repas du soir sera peu abondant et l'on évitera les viandes noires, les aliments épicés, les fromages salés, le gibier, le poisson de mer.

Comme traitement local, M. Laillier emploi le savon noir, M. Hardy le mercure d'après la formule suivante :

Axonge	30	grammes.
Protoiodure hydrargyre	1 à 2	—

pour frictions matin et soir.

M. Bazin se servait du deuto-iodure à la dose de 0 gr. 50 centigr. à 1 gr., pommade très excitante.

M. Hillairet se sert de la préparation suivante :

Alcool camphré	10 à 30	grammes.
Soufre lavé	30	—
Eau distillée	250	—

Voici la formule de M. Vidal :

Eau distillée	150	grammes.
Hydrolat de roses	100	—
Fleur de soufre lavé	15 à 30	—
Alcool camphré	30	—

On fait le soir des frictions sur les parties malades, avec une éponge imbibée de cette préparation qu'on laisse sécher, et on lave le lendemain matin, avec de l'eau aussi chaude que possible. Il faut que cette eau soit préalablement bouillie et dépouillée de sels calcaires.

Si la peau s'écaille, on fait des frictions matin et soir avec :

Axonge	30	grammes.
Oxyde de zinc	2	—

Ce traitement doit être continué pendant longtemps. Quand les pustules ont disparu et que la rougeur persiste seule indéfiniment, on peut y remédier en appliquant trois fois par jour, pendant une demi-heure, des compresses trempées dans :

Eau distillée..............	250 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	10 —

Quand la congestion est rebelle, M. Vidal conseille, comme Hebra, d'employer les scarifications ponctuées multiples pour sectionner les vaisseaux dans tous les sens; plus tard, on fait des scarifications linéaires qui finissent par amener la guérison complète.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 27 *avril* 1882. — *Présidence de M. le professeur* BALL.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Le procès verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Castex fait un rapport sur la candidature de M. le Dr Maurice, au titre de membre correspondant.

M. Maurice est élu membre correspondant de la Société clinique.

M. Bellangé communique une observation intitulée : *Un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse du foie.* (Sera publié.)

M. Hutinel. D'après les faits que j'ai observés, l'alcoolisme entre généralement en cause dans le développement de la cirrhose hypertrophique graisseuse. M. Bellangé croit que sa malade n'était pas alcoolique, mais il sait combien il faut se défier des renseignements donnés à cet égard par les malades; M. Bellangé a-t-il recueilli des informations assez précises pour pouvoir affirmer que l'alcoolisme ne peut pas être incriminé?

Quant aux tentatives que M. Bellangé a faites pour déterminer le point de départ de la lésion, elles ne peuvent conduire qu'à des hypothèses plus ou moins fondées. Il y a peut-être quelque témérité à affirmer que ce point de départ est dans les cellules. Les lésions de la cirrhose hypertrophique graisseuse sont généralement si complexes qu'il est à peu près impossible de distinguer le processus initial.

M. Bellangé. Je n'ai pas recherché l'alcoolisme chez cette malade avec plus de minutie que chez d'autres; je ne puis donc pas affirmer qu'elle n'était pas alcoolique, et je dois me borner à dire qu'elle n'en avait pas les apparences. Mais il me semble que, si les lésions constatées dans le foie étaient d'origine alcoolique, elles présenteraient surtout la localisation périlobulaire qu'elles affectent dans la cirrhose de Laënnec. Or, il n'en est rien, comme le prouvent les préparations que j'ai eu l'honneur de soumettre à la Société.

M. Hutinel pense qu'il faut faire une distinction entre les lésions hépatiques déterminées par l'alcoolisme aigu et celles qui sont dues

à l'alcoolisme chronique ; celles-ci sont en effet ulcéreuses et péri-lobulaires, tandis que les premières sont dégénératives et diffuses.

M. Liandier fait connaître un cas de : *Méningite tuberculeuse de l'adulte.* (V. *France méd.*, t. I, nº 61, p. 726.)

M. Lacaze communique une observation intitulée : *Abcès froid de la fosse iliaque interne communiquant avec la fosse iliaque externe; trépanation de l'os iliaque.* (V. *France méd.*, t. I, nº 74, p. 879.)

M. Gaucher fait une communication intitulée : *Deux cas de paralysie saturnine intéressant le long supinateur.* (Sera publié.)

M. Dreyfous a vu un cas de paralysie du nerf radial par compression, survenue accidentellement chez un saturnin. Dans ce cas, le long supinateur était intéressé, cela va sans dire, et si on n'avait recherché avec soin les antécédents, on aurait pu croire à une paralysie saturnine anormale.

M. Barth voudrait savoir si d'autres muscles, les fléchisseurs du bras, par exemple, n'étaient pas atteints; on sait qu'il existe deux formes bien distinctes de paralysie saturnine, la paralysie des extenseurs, forme classique, et les paralysies généralisées. Les cas de M. Gaucher appartenaient peut-être à la seconde espèce.

M. Gaucher. Sauf l'envahissement du long supinateur, la paralysie dans les deux cas présentait exactement le type classique, et les malades n'offraient du reste aucun autre trouble nerveux.

M. Ball. Lorsque je remplaçais M. Béhier, je me souviens d'avoir constaté un fait de paralysie saturnine des avant-bras, ayant intéressé le long supinateur. Je montrai même le malade à Duchenne, de Boulogne, qui reconnut, non sans quelque dépit, que le caractère donné par lui comme constant et pathognomonique faisait absolument défaut dans ce cas.

Les faits de M. Gaucher ont présenté la même anomalie; cela tend à prouver qu'il ne faut pas accorder une importance diagnostique exagérée à l'intégrité ou à la non intégrité du long supinateur. La règle posée par Duchenne est assurément vraie dans la grande majorité des cas, mais elle présente néanmoins des exceptions, et il est probable que le nombre de ces exceptions se multiplierait si on es cherchait avec plus de soin.

M. Delapersonne communique un travail intitulé : *Des abcès sous-hyoïdiens symptomatiques d'une périchondrite des cartilages du larynx.* (V. *France méd.*, t. I, nº 58, p. 685.)

M. Polaillon se demande si parfois, dans les cas de ce genre, il ne s'agit pas de l'inflammation d'une bourse muqueuse accidentelle. M. Polaillon a vu récemment un fait très analogue, qu'il n'a pas hésité à rapporter à cette dernière cause.

M. Delapersonne. Il me semble que les bourses muqueuses préthyroïdiennes ne s'enflamment guère qu'à la suite d'un traumatisme;

or, les malades dont j'ai rapporté l'histoire n'en avaient subi aucun. De plus, on conçoit peu comment un abcès, développé de cette manière, pourrait déterminer la nécrose du cartilage sous-jacent. Enfin, dans les cas de bourse suppurée, la cicatrisation est ordinairement prompte, et on vient de voir qu'il n'en a pas été ainsi dans nos cas.

M. Polaillon. Il est vrai que le nécrose des cartilages est rare à la suite de l'inflammation d'une bourse muqueuse. Elle n'est cependant pas impossible, et je me souviens d'un cas où l'incision d'un abcès préthyroïdien fut suivie de périchondrite et de nécrose avec fistule.

M. Gaucher rappelle qu'il a présenté, il y a quatre ans, une observation de nécrose primitive du cartilage thyroïde, suivie d'abcès sous-hyoïdien.

M. Castex est d'avis que les périchondrites décrites par M. Delapersonne sont d'origine tuberculeuse, et qu'elles ne se cicatriseront pas.

M. Jouin communique une observation intitulée : *Psoriasis de la muqueuse vulvaire; épithélioma consécutif.* (V. *France méd.*, t. I, nº 57, p. 673.)

M. Nicaise a eu l'occasion de voir un cas de psoriasis vulvaire très analogue à celui qui vient d'être rapporté : l'une des plaques s'est transformée en un épithélioma qui a été opéré avec succès ; les autres plaques ont persisté sans changement. Ce cas présentait quelques particularités curieuses : c'est ainsi qu'il existait une hyperesthésie vulvaire excessive, qui a été suivie, à un moment donné, de paraplégie probablement réflexe. Ces accidents ont disparu après l'opération.

La séance est levée à 10 heures. *Les secrétaires des séances,*
H. Barth et P. Merklen.

BIBLIOGRAPHIE

—

EAUX MINÉRALES (*Suite*).

III. Les eaux de Chatel-Guyon, par le Dr *E. Voury*, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Chatel-Guyon, in-8º, 54 pages. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

IV. Traité du nettoiement des voies digestives et du lavage de l'estomac, par le Dr *V. Audhoui*, médecin des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vichy, in-18, 217 pages. Paris, A. Delahaye et E Lecrosnier, 1881.

V. Cauterets, ses eaux minérales et leurs effets curatifs, par le Dr *Duhourcau*, médecin consultant aux eaux de Cauterets, in-8 , 108 pages. Paris. A. Delahaye et E. Lécrosnier, 1882.

III. La notoriété des eaux de Chatel-Guyon est de date récente, quoiqu'elles aient été très anciennement employées. Situées près de Riom, dans le département du Puy-de-Dôme, elles sortent par treize sources dont la température varie de 16 à 35 degrés ; la plupart sont donc des eaux chaudes puisqu'on envisage comme telles celles qui ont une température de 31 à 35 degrés centigrades. Il est plus difficile de leur assigner un classement chimique. Elles renferment des chlorures, des bicarbonates, des sulfates et du fer dans des proportions assez grandes; mais en ayant égard à la prédominance du chlorure de magnésium et de la magnésie dans leur action, M. Voury les fait entrer dans la classe des eaux salines, sous la dénomination de salines magnésiennes.

Suivant la dose à laquelle elles sont prescrites, les eaux de Chatel-Guyon produisent des effets eupeptiques, diurétiques, laxatifs et purgatifs.

La médication eupeptique et reconstituante s'adresse à la dyspepsie, à la chlorose, à l'aménorrhée et à la dysménorrhée.

La médication laxative et purgative s'adresse aux affections du tube digestif et de ses annexes, à celles de l'utérus et de l'encéphale.

La médication diurétique est utilisée dans la gravelle et le catarrhe vésical.

Enfin, la médication altérante rend des services dans le diabète, la goutte et l'albuminurie.

IV. Si nous parlons ici du travail de M. Audhoui, malgré son titre, ce n'est pas seulement parce que son auteur est entré depuis peu dans la phalange des médecins d'eaux minérales, mais son livre porte en grande partie sur les applications thérapeutiques de l'eau de Chatel-Guyon. On y trouve, d'ailleurs, des détails fort intéressants sur la plupart des troubles digestifs et un grand nombre de ces formules thérapeutiques dans la confection desquelles excelle le médecin de la Pitié. Nous aurons l'occasion de signaler à nos lecteurs quelques-unes d'entre elles.

V. M. Duhourcau, qui a déjà publié de nombreux travaux sur les eaux de Cauterets, rappelle, dans la première partie de ce nouveau travail, l'analyse chimique de ces eaux sulfurées et les ressources offertes par les neuf établissements que la station possède.

Dans un second chapitre il étudie leur action physiologique et pathogénétique. Il insiste surtout sur l'action du principe sulfuré en lui-même, sur le rôle que peuvent avoir dans l'action tonique et reconstituante des eaux de Cauterets le gaz azoté et la matière organique qu'elles tiennent en dissolution, l'action de l'électricité qu'elles dégagent, enfin les effets multiples et variés de la température de l'eau mise en usage.

Un intéressant chapitre est celui dans lequel l'auteur fait l'historique des médecins qui se sont succédé à Cauterets depuis Borie et Bordeu; il fait également l'historique de leur pratique et de leurs opinions.

Les indications des eaux de Cauterets sont les laryngites chroniques, les catarrhes et bronchites chroniques, l'asthme, la congestion pulmonaire et même l'hépatisation pulmonaire chronique, la pleurésie chronique, la phthisie, les affections de la gorge et des fosses nasales; les dyspepsies, les gastralgies, les maladies des voies génito-urinaires, la chlorose, l'anémie. la scrofule, et les maladies de la peau.

Il est aussi des contre-indications à l'emploi de ces eaux: ce sont l'époque menstruelle, la grossesse, l'état d'acuité d'une affection quelconque, la fièvre hectique qui accompagne souvent la fonte tuberculeuse chez les phthisiques, les lésions organiques du cœur ou des gros vaisseaux, les dégénérescences avancées d'un organe, de nature cancéreuse ou autre.

(*A suivre*) A Ch.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 17 au 22 juillet 1882.

Aubry. Sur l'angine de poitrine. — Neurisse. Contribution à l'étude de la dothiénentérie chez les enfants. — Guillevic. Essai sur les abcès spontanés du cerveau. — Vincent. Du prurigo chronique et en particulier du prurigo d'Hébra. — Rolland. Des complications lymphatiques dans les affections eczémateuses. — Delhomme. De l'atrophie cérébrale infantile. — Nordau. De la castration de la femme. — Perdrier. Des lésions du lobule de l'insula. — Larrieu. Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer de la langue et en particulier de la ligature atrophiante des artères linguales — Philippon. Contribution à l'étude de l'entorse des cinq dernières vertèbres cervicales. — Chevrot. Recherches sur la rétraction de l'aponévrose palmaire et de son traitement chirurgical. — Mallet. Etude sur les taches bleues (historique et recherches nouvelles). — Pouget. De la chute des ongles dans les affections nerveuses et en particulier dans l'ataxie locotrice. — Guérin. Du traitement de la gale par le naphtol. — Carle Gessard. De la pyocyanine et de son microbe; colorations qui en dépendent dans les liquides organiques. — Delprat. Des complications cardiaques du rhumatisme blennorrhagique. — Queudot. Des crises douloureuses qui peuvent se montrer sur les voies urinaires et dans les organes génitaux au cours de l'ataxie locomotrice.

NÉCROLOGIE

M. Guillemette, médecin à Villers-Marmery (Marne), vient de mourir.

Le Dr baron COUSTALÉ DE LARROQUE, médecin à Salies de-Béarn, vient de succomber.

Le Dr DUBOIS, médecin de la marine est mort à Toulon.

Le Dr COUDEREAU, vice-président de la commission des logements insalubres, anthropologiste distingué et très connu par de nombreuses publictions scientifiques et philosophiques, vient de mourir à son domicile, 13, galerie Vivienne.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour deux places de médecin du Bureau central.* — La troisième série des épreuves éliminatoires s'est terminée jeudi. Les candidats admis à subir les épreuves définitives sont : MM. Tapret, Barth, Letulle, Renaud, Hirtz (Edgar), de Beurmann, Chauffard et Dreyfus.

La composition écrite a eu lieu samedi.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — M. le Dr Nuel vient d'être nommé professeur de physiologie à l'Université de Gand.

Par arrêté royal du 11 juin, M. le Dr Plucker vient d'être nommé professeur extraordinaire à l'Université de Liége. Il fera le cours de pathologie chirurgicale spéciale, y compris les affections des os et des articulations, et la clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

— Des difficultés qui ne se renouvelleront pas ont forcé M. Jules Guérin d'interrompre momentanément la publication de ses travaux.

La quatrième livraison, qui vient de paraître, complète ses *Recherches sur les difformités chez les monstres, le fœtus et l'enfant.*

Pour terminer immédiatement la publication de ce premier ouvrage, notre éminent confrère a dû augmenter de six feuilles (18 au lieu de 12) la livraison actuelle ; cet excédent sera imputé sur les 5e et 6e livraisons qui paraîtront incessamment.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 14 *au* 20 *juillet* 1882. — Fièvre typhoïde, 37, — Variole, 15. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 28. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 31. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 64.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 45.

Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gâstro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 68 ; au sein et mixte, 21 ; inconnu, 5. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 87 ; l'appareil circulatoire, 54 ; l'appareil respiratoire, 66 ; l'appareil digestif, 47 ; l'appareil génito-urinaire, 29; la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 50. — Causes non classées, 5. — Nombres absolus de la semaine, 986.

Résultats de la semaine précédente : 884.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 10 JEUDI 27 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

CONTRE LA CONSTIPATION HABITUELLE, LES HÉMORRHOIDES

ET LA COLIQUE HÉPATIQUE.

« Un grand nombre d'accidents morbides dont
« la cause paraît ignorée sont dus à un état de
« constipation habituel.

. . . .

« Loin de modifier heureusement la constipation, les purgatifs l'augmentent et la rendent presque invincible. »

Professeur TROUSSEAU.

Les expériences nombreuses faites depuis sept ans dans les hôpitaux ont démontré l'efficacité de la *Podophylle* dans la constipation habiuelle, ainsi que dans les hémorrhoïdes internes et la colique hépatique.

Ces pilules régularisent les fonctions digestives et procurent tous les matins une garde-robe naturelle. Elles peuvent être employées sans aucun inconvénient, même chez les femmes enceintes et les enfants. — En guérissant la constipation, elles évitent les nombreux accidents dont elle est si souvent la cause.

Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime.

Prix : 3 *francs la boite* dans toutes les pharmacies.

GRANULES TROIS CACHETS

PHOSPHURE DE ZINC

4 MILLIGR. (1/2 MILLIGR. DE PHOSPHORE ACTIF)

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé. On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Nous rappelons que le Phosphure de Zinc a été administré avec le plus grand succès en France, en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, où l'on en fait le plus grand usage dans la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, etc., où il agirait beaucoup mieux que le fer, quoique au même titre d'excitant général de la nutrition. — Dans les névralgies et les névroses en général, dans l'hystérie, dans la scrofule, c'est-à-dire dans un très grand nombre de manifestations

Prix : 3 *francs le flacon* dans toutes les pharmacies.

29e Année. — Tome II. — N° 10. Jeudi 27 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 26 *juillet* 1882.

L'Académie prépare avec une louable activité la séance publique annuelle qui doit avoir lieu prochainement ; à la fin de chaque séance elle se constitue en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les prix. Malgré cela les séances sont mieux remplies qu'elles ne le sont habituellement à cette époque de l'année.

Par une curieuse coïncidence, deux communications ont eu lieu hier sur le lait d'ânesse. C'est en présentant le premier volume de son Traité d'accouchements, écrit avec notre regretté collaborateur Chantreuil, que M. Tarnier a dit son opinion sur ce mode d'alimentation ; il l'a fait cependant avec quelque développement et il a pu nous apprendre que le lait d'ânesse, chez les enfants nouveau-nés, lui avait donné les meilleurs résultats ; mais M. Tarnier ne veut pas que l'on continue ce lait pendant plus de six semaines de suite : au bout de ce temps l'amélioration de la santé de l'enfant ne continue pas et il faut employer le lait de vache. On donne celui-ci beaucoup trop concentré, ajoute le chirurgien de la Maternité, il faudrait le couper davantage et ne commencer à donner du lait pur aux enfants qu'à l'âge de six mois. Cette assertion de M. Tarnier a soulevé quelques protestations.

M. Parrot a parlé plus longuement de l'alimentation des nouveau-nés par le lait d'ânesse, en exposant devant l'Académie les résultats obtenus à la nourricerie créée le 24 juin 1881 à l'hospice des Enfants-Assistés. Les résultats obtenus au moyen du lait d'ânesse ont été des plus favorables et M. Parrot formule les règles qui doivent guider l'emploi de ce mode d'alimentation.

M. Javal a fait une courte communication sur un nouvel ophthalmomètre qui lui permet de mesurer très rapidement et avec une exactitude parfaite les courbures et l'astigmatisme de la cornée. Ces mensurations peuvent se faire sans qu'on ait à demander aucune réponse au sujet lui-même ; on peut donc employer l'instrument chez les enfants, chez les sourds-muets et même, si l'on veut, chez les animaux domestiques. Comme il est extrêmement rare de voir une cornée parfaitement régulière, l'astigmatisme existant à un degré plus ou moins prononcé chez la plupart des individus, on voit que les applications du nouvel instrument peuvent être fort nombreuses.

M. Léon Labbé, qui pousse loin les hardiesses et l'habileté chirurgicales, présentait hier à l'Académie un malade auquel il a enlevé un épithélioma qui envahissait l'amygdale, le voile du palais et la por-

tion correspondante du pharynx. de la langue et du plancher de la bouche. M. Labbé dédaigne les voies naturelles et insiste sur la nécessité de faire une opération préliminaire en sectionnant les parties molles et réséquant le maxillaire inférieur. Avec cela il assure que l'opération est très facile ! On le croirait presque, à voir l'aspect général du très-satisfaisant malade qui vient de subir une pareille opération. A. Ch.

Abcès rétro-pharyngien ayant fusé sur la partie latérale gauche de la trachée en avant de laquelle il fait saillie et ouvert sur la ligne médiane antérieure du cou.

Par MM. Geffrier et R. Lacaze.
Internes des hôpitaux.

Le 19 mars dernier, à 4 heures du soir, on amenait en toute hâte. à l'hôpital des Enfants-Malades, un garçon âgé de trois ans et demi, qui présentait une gêne considérable de la respiration. Cet enfant est entré salle Saint-Jean, n° 10, dans le service de M. le docteur Labric.

Il avait commencé à souffrir de la gorge le 10 mars, et cela brusquement après avoir avalé une boisson non chaude, à ce que dit son père. Dès le lendemain, la déglutition devient difficile et douloureuse ; les liquides reviennent par le nez : la respiration est gênée ; et ces phénomènes s'accentuent de plus en plus les jours suivants.

Le 18 mars, l'enfant est conduit à la consultation : on constate un obstacle qui paraît pharyngien et on prescrit un vomitif, les parents refusant de laisser l'enfant à l'hôpital.

Le lendemain, au moment même de son entrée, nous constatons, mon collègue Geffrier, interne du service, et moi, les phénomènes suivants :

La respiration est gênée et bruyante, mais il n'existe pas de tirage. La toux est rauque et peu fréquente. Crachats abondants muco-purulents. La voix est toute spéciale, elle est pharyngienne ; elle a un timbre aigu et est en même temps chevrotante : c'est la *voix de canard*, comme l'appelle M. Labric ; pour lui, c'est un symptôme à peu près constant et tout à fait caractéristique quand il existe des abcès rétro-pharyngiens.

En examinant le cou de l'enfant, nous constatons un gonflement notable qui siége au-devant et sur les parties latérales de la trachée. surtout à gauche, où la tuméfaction paraît superficielle, rénitente, mais non fluctuante.

L'exploration de la gorge a présenté de grandes difficultés. Au moment où nous cherchons à abaisser la base de la langue, les muscles du voile du palais se contractent et les amygdales se rejoi-

gnent sur la ligne médiane ; elles sont recouvertes de mucosités jaunâtres. Nous essayons alors d'explorer avec le doigt la paroi postérieure du pharynx ; mais il est presque impossible de vaincre la résistance opposée par l'isthme du gosier. Après quelques tentatives, l'enfant est pris de suffocation, sa face blémit, et il tombe privé de connaissance et ne respirant plus.

La respiration artificielle ne le ranimant pas, nous tentons immédiatement la trachéotomie par le procédé *en un temps*. Le bistouri est plongé juste au-dessous du cartilage cricoïde, à une profondeur d'un centimètre et demi environ. Aucun sifflement ne se produit ; la lame est enfoncée encore de trois millimetres : un flot de pus phlegmoneux jaillit par la plaie. Il s'en écoule au moins trois cuillerées à bouche. Presque aussitôt une inspiration se fait par la bouche, et peu à peu la compression rhythmique du thorax amène le rétablissement de la respiration.

Pendant ce temps, une canule introduite ne livre pas passage à l'air ; après l'avoir retirée, nous constatons que la paroi indurée du foyer nous a donné une sensation analogue à celle de la trachée que nous parvenons à retrouver intacte, très profondément, au fond d'un foyer anfractueux. Ce foyer s'étend peu à droite ; il existe surtout à gauche de la trachée.

La respiration se faisant assez bien par la bouche, un drain est placé dans la plaie qui présente une étendue de deux centimètres environ. Pansement à la glycérine phéniquée.

Le lendemain matin l'enfant est examiné par M. Labric, qui constate une saillie assez prononcée de la paroi postérieure du pharynx au niveau de la portion buccale. L'écoulement du pus par la plaie est assez abondant. Le soir, la température axillaire atteint 40 degrés.

Le 21 mars, le pus s'écoule en abondance lorsqu'on change le pansement ; et au moment où on comprime la base de la langue pour examiner la gorge, la contraction spasmodique des muscles du voile du palais et du pharynx fait sortir par la plaie un jet de pus. La déglutition est toujours difficile. Le soir, la température est moins élevée, l'abcès ayant été vidé plusieurs fois dans la journée.

Le 22 mars, le père de l'enfant l'emmène chez lui malgré les avis de M. Labric. Avant sa sortie il aurait rendu du pus par la bouche, au dire de la religieuse du service.

Il est mort le lendemain 23 mars à minuit, sans avoir reçu pendant les deux derniers jours les soins d'un médecin et après avoir rendu par la bouche, nous a-t-on affirmé, des matières liquides et fétides.

Réflexions. — Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien ne nous paraît pas pouvoir être mis en doute. La cause de cet abcès nous a échappé. Rien dans les antécé-

dents de l'enfant ne nous paraît pouvoir expliquer son développement ; et nous n'avons pu, malgré des recherches attentives, en retrouver le point de départ.

Quelques points de cette observation méritent d'être relevés. C'est d'abord le trajet suivi par le pus venant faire saillie en avant de la trachée après avoir longé sa partie latérale gauche pour la dépasser même à droite. Puis le danger que peut présenter, dans les cas de ce genre, l'exploration du pharynx chez les jeunes enfants, exploration à laquelle on ne doit procéder qu'avec les plus grands ménagements.

Nous ajouterons enfin que dans le cas actuel l'ouverture de la trachée aurait pu entraîner la pénétration du pus dans les voies aériennes, d'où la mort certaine. Le procédé de trachéotomie dit en un seul temps, que nous avons employé, ne nous paraît pas dans le cas particulier plus dangereux qu'un procédé moins rapide, la collection purulente située en avant de la trachée ayant eu pour effet de rendre celle-ci trop profonde pour être atteinte.

Sur la durée de la perception lumineuse dans la vision directe et dans la vision indirecte (1),

Par M. Aug. Charpentier.

J'ai cherché, après différents expérimentateurs, à déterminer le temps qui s'écoule entre l'apparition d'une lumière devant l'œil et la production d'un signal fait par le sujet dès qu'il a perçu cette lumière. Il y avait intérêt à rechercher si la durée de la perception était différente pour le centre et pour les parties excentriques de la rétine, si l'exercice pouvait modifier cette durée, et si cette modification se limiterait ou non à la partie exercée.

Pour ces expériences, l'œil, placé au centre d'un périmètre de Landolt, regardait le fond d'une grande boîte tapissée de noir. Dans ce fond était pratiqué, vis-à-vis de l'œil et au devant d'une fenêtre bien éclairée, un trou de 1cq environ, fermé habituellement par une plaque tapissée de noir; cette plaque, lourde et métallique, était retenue dans sa position par l'attraction d'un électro-aimant, mais sans arriver au contact immédiat de ce dernier, de telle sorte que, dès qu'une personne placée derrière la boîte interrompait le courant qui animait l'électro-aimant, la plaque obturatrice tombait immédiatement et découvrait la fenêtre placée devant l'œil en expérience. Un courant fourni par une machine Gramme de laboratoire, après avoir parcouru l'électro-aimant, actionnait un petit signal Deprez dont la plume laissait sa trace sur un cylindre enregistreur à régulateur Foucault. Ce

(1) Communication à l'Académie des sciences.

signal accusait immédiatement l'interruption du courant et, par suite, le moment précis de l'apparition de la lumière. C'est alors que le sujet en expérience, aussitôt après avoir perçu la lumière, rétablissait le courant dans le signal par une voie dérivée; en pressant sur un ressort à l'aide de l'index de la main droite à ce moment précis, nouveau signe tracé sur le cylindre enregistreur.

L'intervalle écoulé entre l'interruption et le rétablissement du courant, et mesuré par comparaison avec les vibrations d'un chronographe électrique de Marey, indiquait directement le temps qu'il avait fallu au sujet pour percevoir et signaler la lumière. J'appellerai simplement ce temps, pour abréger, durée de la perception lumineuse.

Voici les résultats principaux que j'ai obtenus dans cette étude :

1° Pour une même personne et dans les mêmes conditions, la durée de la perception varie du simple au double, sans régularité apparente. Mais, si dans une même expérience on prend la moyenne d'un assez grand nombre de déterminations successives, une dizaine par exemple, on trouve une durée constante pendant tout le temps de l'expérience. J'ai trouvé pour moi, dans la vision directe, une durée moyenne de 13 centièmes de seconde à la lumière du jour.

2° La durée de la perception directe varie suivant les individus. Je l'ai vue varier, suivant les personnes, de 9 à 15 centièmes de seconde.

3° La durée de la perception est sensiblement la même pour l'œil droit et pour l'œil gauche, quand ils sont sains.

4° La durée de la perception lumineuse est notablement augmentée par une autre occupation cérébrale imposée au sujet pendant l'expérience. Ainsi, quand le sujet parle, quand il écoute attentivement une lecture ou un discours, tout en s'occupant de l'expérience, il lui faut, pour réagir, 4 ou 6 centièmes de seconde de plus qu'auparavant.

5° La durée de la perception lumineuse est toujours plus considérable dans la vision indirecte que dans la vision directe ; elle est d'autant plus considérable que le point de la rétine frappé par la lumière est plus éloigné du centre. Cela ne peut tenir à une différence de sensibilité, puisque, comme je l'ai montré avec M. Landolt, la rétine est partout à peu près également sensible à la lumière.

6° La différence entre la durée de la vision indirecte et celle de la vision directe s'est montrée surtout considérable au début de nos expériences. Il y avait alors entre la durée de la perception pour le centre et pour le point situé à 80° en dehors dans le champ visuel une différence de près de 7 centièmes de seconde. Cette différence s'est notablement atténuée par la répétition des mêmes expériences pendant un mois et demi; elle n'était plus, au bout de ce temps, pour

mon œil gauche, que de 2 centièmes de seconde entre les deux points ci-dessus.

7° Si l'exercice atténue la différence de durée de la perception directe et de la perception indirecte, elle ne la supprime jamais, de sorte que constamment la première s'effectue plus rapidement que la seconde. L'influence de l'exercice s'effectue rapidement, dès les premières séances ; elle s'effectue ensuite assez lentement, et elle affecte alors aussi bien la vision directe que la vision indirecte.

8° Ayant établi au début que la durée de la perception est la même pour l'œil gauche et pour l'œil droit, j'ai fait presque tous les jours, pendant un mois et demi, une cinquantaine de déterminations sur deux points bien définis de mon œil gauche seul, à l'exclusion de tous les autres points de mes deux rétines. J'ai ainsi exercé exclusivement un très grand nombre de fois le centre de l'œil *gauche* et le point de la rétine *gauche* correspondant à 80° dans la partie externe du champ visuel (partie interne de la rétine). Au bout de ce temps j'ai pu apprécier l'influence de l'exercice en comparant la durée de la perception lumineuse sur les mêmes points de la rétine *droite*, et même sur d'autres points des deux rétines.

Cette durée était pour le centre de l'œil gauche 129 millièmes de seconde, pour le centre de l'œil droit, non exercé, 143 millièmes de seconde ; à 80° en dehors pour l'œil gauche, la durée de la perception étant de 160 millièmes de seconde ; à 80° en dehors pour l'œil non exercé, 210 millièmes de seconde. Ainsi l'exercice avait raccourci notablement la durée de la réaction des points expérimentés.

9° J'ai voulu voir si cette influence abréviatrice s'était étendue sur l'œil *gauche* à des points non exercés. Or, la durée de la réaction *a été trouvée abrégée dans la même proportion pour tous les points de la moitié interne de la rétine gauche* (côté externe du champ visuel), *et non pour les points de la moitié externe.* Par conséquent, l'exercice d'un point excentrique influence les différents points du même hémisphère rétinien, et non ceux de l'autre hémisphère.

10° Il y a plus, c'est que cette influence abréviatrice *s'était étendue à l'hémisphère externe de la rétine de l'œil droit*, tandis que *l'hémisphère interne réagissait beaucoup plus lentement que la même partie exercée de l'œil gauche.*

Ces faits ne peuvent guère s'expliquer qu'en admettant la théorie de Wollaston relativement au croisement incomplet des fibres du nerf optique dans le chiasma, et qu'en supposant que l'exercice d'une partie de la rétine ne porte pas simplement son action sur cette partie elle-même, mais plutôt sur la totalité du centre nerveux qui reçoit à la fois les fibres de la moitié de la rétine contenant le point exercé, et les fibres de la moitié *du même côté* de la rétine opposée.

La plupart de ces expériences ont été faites en même temps par mon préparateur, M. Bernardy, qui m'a aidé dans tout ce travail, mais qui, malheureusement, ne pouvant utiliser que l'œil droit pour ces recherches, n'a pas contrôlé les points 8 et 10 (1).

Sur une anomalie de l'œil (2).

Par M. Dareste.

M. Desfosses a fait connaître, dans la séance du 26 juin, la remarquable conformation de l'œil du protée. Cette organe est uniquement constitué par la vésicule optique secondaire, dans la concavité de laquelle n'ont point pénétré les productions cutanées qui forment le cristallin et le corps vitré.

C'est la première fois que cet arrêt de développement de l'œil est signalé comme caractérisant l'état normal d'une espèce animale. Mais j'ai eu occasion, depuis longtemps, de le rencontrer sur les embryons anomaux ou monstrueux que j'ai obtenus dans mes expériences tératogéniques.

J'ai constaté cet arrêt de développement de l'œil, réduit à la vésicule optique secondaire, et qui paraît remplacé par une tache de pigment, dans trois conditions différentes.

Tantôt, et c'est le cas le plus rare, cet arrêt de développement de l'œil se produit isolément sur un embryon d'ailleurs complètement normal.

Tantôt il se présente sur des embryons atteints de hernies de l'encéphale ou d'exencéphalies. Dans cette monstruosité, l'une des plus fréquentes que j'aie produites, l'arrêt de développement d'un des yeux, ou même des deux, a lieu beaucoup plus souvent que leur développement complet.

Tantôt, enfin, cet arrêt de développement se produit dans la cyclopie. L'œil unique des Cyclopes est parfois réduit à la vésicule optique secondaire et ne possède ni cristallin ni corps vitré. Ce fait a été signalé depuis longtemps, mais sans qu'on en ait eu la signification. On ne comprenait pas comment, dans un orbite unique, l'œil pouvait être remplacé par une tache de pigment. Aujourd'hui tous ces faits s'expliquent par le défaut de production des éléments cutanés qui pénètrent dans la vésicule optique secondaire pour former le cristallin et le corps vitré.

(1) Ces recherches ont été faites au laboratoire de physique médicale de la Faculté de médecine de Nancy.

(2) Communication à l'Académie des sciences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend un mémoire sur les troubles ataxiques observés chez les Kabyles à la suite de l'ingestion d'une variété de gesse (lathyrus clymenum), par M. Grandjean, médecin-major de 2e classe.

M. Bouley présente un mémoire sur le traitement de la rage chez le cheval par la pilocarpine, par M. Nocard, professeur de clinique chirurgicale à l'école d'Alfort. L'effet sédatif de la pilocarpine dans ce cas a été nul.

M. Duboué (de Pau) revient, à propos du procès-verbal, sur l'incident survenu dans la dernière séance ; l'incident est clos après une réplique de M. Bouley.

OPHTHALMOMÈTRE. — *M. Javal* présente un nouvel ophthalmomètre, appareil destiné à mesurer rapidement l'astigmatisme, même des enfants, des sourds-muets et, avec un peu de patience, des animaux domestiques. M. Javal rappelle cette formule qu'il a énoncée depuis longtemps, que l'astigmatisme est extrêmement répandu, et qu'en somme le moins mauvais des yeux est le moins astigmate.

Cet instrument, fait avec la collaboration de M. Schiötz, permet de mesurer les courbures et l'astigmatisme de la cornée avec une précision, une rapidité et une facilité tout à fait inespérées.

M. Javal a pu également avec cet instrument diagnostiquer et traiter à coup sûr une affection qu'il appelle le *spasme astigmatique de l'accommodation.*

M. Tarnier présente le premier volume du Traité d'accouchement qu'il a commencé avec notre regretté collaborateur Chantreuil.

Une partie de ce volume, tirée à part, a trait à l'hygiène et à l'alimentation de l'enfant. Depuis quinze mois, à la Maternité, M. Tarnier se sert de lait d'ânesse pour les enfants nouveau-nés qui n'ont pas de nourrice. L'amélioration est immédiate, mais on ne peut pas employer ce lait pendant plus de six semaines ; après cela il faut employer du lait de vache. Le lait qu'on donne généralement n'est pas assez coupé ; on ne devrait commencer à donner du lait pur à un enfant qu'à l'âge de 6 mois.

PRÉSENTATION DE MALADE. — *M. L. Labbé* présente un malade opéré pour un épithélioma de l'amygdale, du voile du palais et de la portion correspondante du pharynx, de la langue et du plancher de la bouche. M. Labbé pense que les opérations préliminaires sur cette partie de la face ne peuvent consister qu'en la section du maxillaire inférieur ou des parties molles. Quand il s'agit d'une affection aussi grave et que les malades réclament l'opération, il faut absolument

abandonner les voies naturelles; d'ailleurs, pour obtenir ce résultat il importe peu de sacrifier des parties saines, même quand elle sont importantes. L'ablation du maxillaire inférieur étant faite, ce qui, d'ailleurs, offre peu de dangers, on peut employer chez les malades l'alimentation artificielle.

La nourricerie de l'hospice des enfants-assistés. — *M. Parrot* donne la statistique de l'alimentation artificielle à l'hospice des Enfants-Assistés depuis le 24 juin 1881, époque à laquelle fut créé ce service, jusqu'au 24 février 1882.

Après avoir fait rapidement l'historique des divers essais d'alimentation artificielle, M. Parrot décrit le pavillon spécial ouvert, au mois de juin 1881, à l'hospice des Enfants-Assistés. Quatre-vingt-six enfants atteints de syphilis héréditaire ont été élevés à la nourricerie. Les chiffres montrent la supériorité du lait d'ânesse sur celui des autres animaux. M. Parrot a vu ce lait opérer chez les enfants de véritables résurrections.

En manière de conclusion, M. Parrot formule les propositions suivantes d'un caractère éminemment pratique :

A défaut d'une bonne nourrice, l'allaitement direct au pis des animaux peut rendre de grands services. Il est franchement indiqué pour les enfants atteints de syphilis héréditaire.

L'ânesse, par sa sobriété, par la manière dont elle supporte la stabulation prolongée, surtout par la constitution chimique de son lait, qui le rapproche beaucoup de celui de la femme, tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'allaitement artificiel. Viennent après : la jument, la chèvre et la vache.

Une ânesse en pleine lactation ne peut nourrir efficacement que trois enfants âgés en moyenne de cinq mois.

Le nombre des tetées dans les vingt-quatre heures variera de six à huit; il sera d'autant moins considérable que les enfants seront plus âgés.

Là où la chèvre pourra vivre en liberté et trouvera des aliments de prédilection, on là substituera sans inconvénient à l'ânesse.

Dans la thérapeutique de l'enfance, le lait d'ânesse doit tenir une place importante. Il est particulièrement indiqué dans les affections gastro-intestinales. Exceptionnellement, il remplacera avec avantage le lait de femme.

Toutes les maisons hospitalières destinées à l'assistance des nouveau-nés et des enfants du premier âge, sains ou malades, devront être pourvues d'une nourricerie, où l'on entretiendra proportionnellement à leur besoin des ânesses et des chèvres.

Les locaux affectés à ce service seront disposés de telle sorte que l'étable, où séjourneront habituellement les animaux, soit d'un accès facile.

Une comptabilité régulière du poids des enfants, pesés trois fois par semaine, donnera des renseignements exacts sur le mouvement de leur nutrition et servira de point de départ aux modifications qui devront être apportées dans leur régime alimentaire.

Deux enfants, trois au plus, devront être soignés par la même personne.

A quatre heures un quart l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de rapports sur les prix.

BIBLIOGRAPHIE

—

EAUX MINÉRALES (*Suite*).

VI. CAUTERETS, SOURCE DU ROCHER, par le Dr *F. Garrigou*, de Luchon, et *Duhourcan*, de Cauterets, in-12, 34 p. Paris, Cusset, 1882.

VII. RENSEIGNEMENTS SUR CAUTERETS, par le Dr *R. Serrand*, de Cauterets, in-8°, 30 p. Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

VIII. DES DYSPEPSIES CONSTITUTIONNELLES et de leur traitement par les eaux sulfureuses, par le Dr *Sénac-Lagrange*, de Cauterets, in-8°, 44 p. Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

IX. DU DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS PULMONAIRES DE NATURE ARTHRITIQUE et de leur traitement par les eaux sulfureuses de Saint-Honoré, par le Dr *L. Collin*, 5e édition, in-8°, 82 p. Paris. A. Davy, 1882.

VI. La chimie dans cette brochure joue le plus grand rôle ; c'est une analyse très détaillée faite par M. Garrigou. En résumé la proportion du principe sulfureux de la nouvelle source du Rocher est à peu près semblable à celle de la Raillière et l'assimile à cette dernière source . L'existence de l'iodure, du carbonate alcalin et du sel ferreux doit lui donner des vertus spéciales que l'avenir justifiera. Le Rocher considéré à son griffon est une des sources les plus alcalines de Cauterets.

VII. Cette brochure donne simplement, comme le dit son titre, des renseignements généraux sur les sources de Cauterets, leurs indications, les buts de promenade et les moyens de transport. Elle s'adresse donc autant aux malades qu'aux médecins.

VIII. Ce travail est une bonne étude des dyspepsies constitutionnelles surtout de la dyspepsie arthritrique ; il montre les rapports de coexistence qui peuvent-exister entre cette dyspepsie arthritique et des phénomènes de lympho-scrofule ; de part et d'autre il s'agit de phénomènes de catarrhe ; si Vichy est l'aboutissant des dyspeptiques forts, des arthritiques, les eaux sulfureuses sont l'aboutissant direct des lympho-arthritiques. Lympho-scrofuleux et lympho-arthritiques exigeront l'emploi du traitement sulfureux devant des phéno-

mènes d'altération nutritive, d'asthénie des forces vitales et les formes nosographiques qui répondent à cette asthénie.

Dans les deux cas, il se mêle des phénomènes congestifs. Quelle différence établir donc entre la congestion du lymphatique et la congestion de l'arthritique ? C'est, répond M. Sénac-Lagrange, la différence de la nature qui préside à ce mode et qui le fait phénomène actif dans l'arthritique, phénomène passif, asthénique, dans la lympho-scrofule, de même que pour l'acte hémorrhagique qui prend aussi le caractère actif ou passif.

IX. A propos de ce livre qui en est à sa cinquième édition, nous nous contenterons de rappeler le moyen de diagnostic employé par l'auteur, pour reconnaître le rhumatisme du poumon.

Dans l'immense majorité des cas de congestion pulmonaire de nature arthritique, le médecin trouvera à l'auscultation un bruit imitant le râle crépitant, très fin au début, et pouvant plus tard être mélangé de râles sous-crépitants. Ce symptôme existe dans un lieu d'élection dont l'exploration est souvent négligée par bien des médecins : à la partie externe, moyenne ou inférieure du poumon, soit d'un côté, soit des deux côtés à la fois, bruit perçu seulement à l'inspiration, souvent fugitif, pouvant être entendu alternativement d'un côté ou de l'autre, sans être habituellement accompagné de réaction et sans coïncider avec la moindre altération du cœur. M. Collin donne à ce bruit le nom de froissement arthritique. (*A suivre*). A. CH.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Plusieurs des concours de clinicat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Clinicat médical. — MM. Brissaud et Ern. Gaucher sont nommés chefs de clinique ; MM. Faisans et Juhel-Rénoy chefs de clinique adjoints.

MM. Brissaud et Faisans sont attachés au service de M. le professeur Lasègue, MM. Ern. Gaucher et Juhel-Rénoy à celui de M. le professeur Potain.

Clinicat chirurgical. — MM. Bazy et Segond sont nommés chefs de clinique ; MM. Petit et Julien chefs de clinique adjoints.

M. Bazy reste chez M. le professeur Richet ; M. Segond va chez M. le professeur Trélat.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Leloir est nommé chef de clinique.

DOCTORAT EN MÉDECINE. — Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts; vu le décret du 20 juin 1878 ;

Considérant que les candidats au doctorat en médecine, pouvant subir la première partie du deuxième examen probatoire après la dixième et avant la douzième inscription, ont, en fait, la faculté de ne consacrer que trois trimestres à l'étude de l'anatomie ;

Considérant que chaque étudiant doit avoir nécessairement suivi le cours dont il s'agit pendant quatre trimestres;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, décrète :

Art. 1er. — Le paragraphe 1er de l'article 4 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

« Le 1er examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième; la première partie du deuxième examen après l'expiration du dixième trimestre d'étude et avant la douzième inscription ; la deuxième partie de cet examen après la douzième et avant la quatorzième. »

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 28 juillet 1882. JULES GRÉVY.

MAISONS MORTUAIRES. — Il y deux ans environ, le Conseil municipal a approuvé le principe de la création, dans Paris, de maisons mortuaires.

Cette création est fondée sur les motifs suivants :

Beaucoup de familles d'ouvriers n'ont qu'une seule pièce comme habitation, et il arrive souvent qûe, dans cette chambre unique, habitent six ou huit personnes. Dans de telles conditions, en cas de décès par suite de maladie contagieuse, outre qu'il est pénible, pour les membres de la famille, de cohabiter à côté du décédé, il y a encore un danger réel, l'enlèvement du corps n'ayant quelquefois lieu que cinquante heures après le décès.

Pour obvier à ces inconvénients, le Conseil municipal invita la préfecture de la Seine à étudier les voies et moyens de créer, à Paris, des chambres mortuaires destinées à recueillir les corps jusqu'au moment de l'inhumation, telles qu'il en existe déjà en Allemagne, en Belgique, en Angleterre et dans quelques autres contrées.

L'administration municipale vient de terminer les études commencées par le Conseil. Elle propose de construire trois maisons mortuaires d'un modèle très simple, à l'intérieur ou à proximité des trois grands cimetières du Nord, de l'Est et du Sud. Les corps y seraient transportés, puis dirigés de là soit sur le cimetière voisin, soit vers l'un des cimetières extra-muros.

D'après la répartition proposée, la maison mortuaire du Nord recevrait les corps des 1er, 2e, 8e, 9e, 17e et 18e arrondissements; celle de l'Est, ceux des 3e, 4e, 11e, 12e, 19e et 20e arrondissements, et le surplus serait dirigé sur la maison mortuaire du Sud.

On estime le prix de construction d'une maison mortuaire à 80,000 fr. L'entretien annuel, frais de garde, éclairage, etc., reviendra à 287,000 fr. par an. A cette somme, il faudrait ajouter la fourniture de cercueils doubles, parce que la bière en usage pour les inhumations des indigents ne présente pas des conditions de solidité suffisante pour le double transport de la maison au dépôt, et du dépôt au cimetière.

Il y aura à compter, de ce chef, sur une dépense annuelle de 27,000 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 11 SAMEDI 29 JUILLET 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


VERITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Pharmaciens.

29e Année. — Tome II. — N° 11. Samedi 29 Juillet 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR GERMAIN SÉE

Sur une forme spéciale d'atrophie musculaire débutant par les membres inférieurs,

Par le Dr Talamon,

Chef de clinique de la Faculté

La grande classe des amyotrophies d'origine médullaire, telle que l'a constituée le professeur Charcot, comprend deux groupes bien distincts: les atrophies deutéropathiques et les atrophies protopathiques. La variété la plus nette de ce deuxième groupe est l'atrophie musculaire progressive proprement dite, la maladie décrite par Cruvelhier, Aran, Duchenne. Ce type classique, le type Aran-Duchenne, a des allures facilement reconnaissables. Le début par les membres supérieurs et en particulier par les muscles de l'éminence thénar, les déformations spéciales de la main, la marche irrégulière de l'affection, s'individualisant çà et là dans certains muscles, sont des caractères pathognomoniques. A cette forme correspond une lésion constante, d'après l'Ecole française, l'atrophie et la disparition des grandes cellules motrices des cornes antérieures. Ce type, on le comprend, admet quelques variantes et Duchenne lui-même avait signalé le début possible par les muscles du tronc, par les muscles de la face — chez l'enfant — et même par les muscles des membres inférieurs.

A côté de ce type classique, il paraît exister une autre forme d'atrophie musculaire, dont les auteurs français ne parlent pas, mais qui semble assez fréquente en Allemagne, à en juger du moins par les nombreuses observations publiées dans ce pays depuis plus de vingt ans. Les premières ont été relatées par Friedreich et par son élève Hemptenmacher (1). D'autres faits ont été observés par Oppenheimer, par Eulenburg, Eichhorst, Bernhart, Leyden, Naunyn. Enfin on trouve dans le livre de Hammond un exemple remarquable de cette variété d'amyotrophie.

Deux particularités capitales forment la caractéristique de la maladie : l'étiologie et le mode de début. Cette atrophie est héréditaire et elle débute constamment par les lombes et les membres inférieurs.

(1) Friederich. Die Pathologie und Therapie der Muskellähmungen, Weimar, 1858. — Hemptenmacher. De etiologia atrophiæ muscularis progressivæ. Th. Berlin, 1862.

Sans doute l'hérédité a été signalée par Aran dans l'étiologie de la forme classique de l'atrophie musculaire progressive, et M. Charcot la considère comme une des causes les plus fréquentes et les mieux établies. Leyden, par contre, est porté à nier l'influence de l'hérédité sur le développement de l'atrophie type Aran ; les deux causes principales sont pour lui le travail excessif et le froid. Il fait des amyotrophies héréditaires une forme à part tout à fait distincte ; « nous croyons, dit-il, que dans la plupart des cas héréditaires, la symptomatologie diffère positivement de celle de la forme type. »

Sans aller jusqu'à croire avec l'auteur allemand que l'hérédité commande fatalement la forme spéciale que nous allons décrire et que le type Aran ne puisse se développer sous la même influence, il est certain que la transmission héréditaire joue un rôle spécial et bien autrement prépondérant dans les faits que nous visons. C'est ce qui ressort de la lecture des observations allemandes.

Hemptenmacher rapporte l'histoire d'une famille qui se composait de quatre garçons et d'une fille. La fille resta bien portante, se maria et eut des enfants sains. Mais les quatre garçons furent atteints de la maladie et moururent le premier à 5 ans, le second à 6, le troisième à 12 et le quatrième à 16. La mère était bien portante, mais elle avait deux frères atteints d'atrophie musculaire ; sa sœur, bien portante aussi, s'était mariée et avait transmis le mal héréditaire à ses descendants. Tous les membres atteints le furent dès leur première enfance, et chez tous la maladie débuta par les muscles de la région lombo-sacrée.

Dans l'observation d'Eulenburg (1), trois sœurs, nées de parents sains et sans antécédents héréditaires, furent prises de la maladie vers l'âge de 8 ans ; l'atrophie commença par les membres inférieurs, puis envahit la partie supérieure du corps et amena les déformations les plus graves.

De même, dans le cas de Bernhardt, sur sept frères, deux seulement échappèrent à l'affection ; le père et la mère n'avaient aucune trace d'une maladie semblable. Le mal débuta par les membres inférieurs et ne gagna les bras que relativement tard (2).

Les faits mentionnés par Naunyn sont encore plus remarquables (3). La maladie avait porté sur six générations. Le membre vivant le plus âgé de cette famille était la femme d'un menuisier, âgée de 70 ans, Dorothée B... Son père, son grand-père et son bisaïeul avaient eu la même maladie qu'elle. Chez elle et chez une de ses sœurs, l'atrophie apparut à l'âge de 30 ans. De ses sept enfants,

(1) Eulenburg. Virchow's Archiv. fur path. Anat., 1871, p. 361.
(2) Bernhardt Soc. méd. de Berlin. Berlin. Klin. Woch., 1875.
(3) Naunyn. Ueber Hereditat der progress. Muskelatrophie. Berlin. Klin. Wosch., 1873, p. 42.

quatre furent atteints ; des trois enfants de sa sœur, l'un mourut en bas âge, les deux autres eurent la maladie. Enfin, de ses sept petits-fils, deux héritèrent encore de la maladie de leurs ascendants. Chez tous les membres de cette famille, le développement de l'atrophie fut à peu près le même. Elle débutait au moment de la puberté, par de la faiblesse et de l'amaigrissement des jambes et des pieds ; plus tard, dans la majorité des cas, les mains étaient prises également.

L'histoire de la famille de Wetherbee, rapportée par M.Hammond dans son Traité des maladies du système nerveux (1), est absolument analogue. La relation faite par un des membres de la famille constitue un curieux document qui mérite d'être lu en entier. Les renseignements du malade ne remontaient pas au delà de son bisaïeul ; mais presque tous les membres des quatre générations furent atteints de la maladie, qui apparaissait dans l'âge adulte et débutait par les membres inférieurs. Dans un cas, toutefois, l'atrophie paraît avoir frappé d'abord la main droite, comme dans le type Aran. Dans le pays, la maladie était connue sous le nom de *Wetherbee ail* — maladie de Wetherbee.

Cette série de faits établit nettement l'existence d'une variété d'atrophie musculaire débutant par la région lombo-sacrée et les membres inférieurs, n'envahissant qu'ultérieurement le reste du corps, se transmettant constamment sous la même forme dans une même famille, et ne paraissant relever que d'une seule cause, l'hérédité, C'est là ce que l'on doit appeler la forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive, ce que nous proposerions d'appeler, par opposition au type Aran-Duchenne, l'atrophie musculaire type Friedreich.

L'observation suivante, recueillie dans le service du professeur G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, où se trouve encore le malade, nous paraît être un exemple de cette forme d'amyotrophie, non décrite encore en France. Malheureusement les renseignements étiologiques font défaut; on sait combien il est difficile d'obtenir sur ce point quelque chose de précis des malades de nos hôpitaux. Il se trouve en outre que notre malade n'a pas connu son père, et qu'il n'a ni frère, ni sœur ; la mère, qui vit encore, est bien portante. Force nous est donc de négliger ce côté de la question. Mais le début, la marche de l'affection, l'aspect du malade nous semblent tout à fait caractéristiques de la forme indiquée par les auteurs allemands.

Obs. I. — *Atrophie musculaire débutant par les membres inférieurs et par la masse sacro-lombaire.* — M..., 26 ans, cordonnier. Père inconnu. Pas de frère ni de sœur. La mère est bien portante. Le malade affirme que dans son enfance il n'a éprouvé aucun trou-

(1) Hammond. Traité des mal. du syst. nerveux, Trad. fr. du doct. Labadie-Lagrave, p. 611.

ble du côté des membres inférieurs, qu'il marchait, courait, sautait comme les autres enfants de son âge. C'est seulement il y a sept ou huit ans, vers l'âge de 18 ans, qu'il a commencé à remarquer de la faiblesse dans les reins, une certaine lourdeur dans les jambes, de la difficulté à monter les escaliers. Puis s'est produite peu à peu cette démarche spéciale que nous décrirons tout à l'heure, en même temps que le tronc se cambrait d'une manière anormale. L'affection a marché très lentement, car jusqu'à présent il a pu continuer son travail et n'a consulté aucun médecin. Depuis quelques mois seulement la faiblesse des membres inférieurs augmentant, il a fini par s'inquiéter de son état. Jamais il n'a ressenti ni douleurs, ni fourmillements, ni engourdissement dans les membres inférieurs ; aucun trouble urinaire ou génital.

Etat actuel. — C'est un homme court, trapu, vigoureusement musclé. Les muscles des membres supérieurs et du thorax contrastent par leur relief énergique avec l'atrophie des membres inférieurs. Le détail des muscles atrophiés sera fait tout à l'heure ; d'une manière générale, c'est sur les muscles de la masse sacro-lombaire, sur les fessiers et sur les extenseurs de la cuisse et de la jambe que porte l'atrophie. La partie antérieure de la cuisse surtout est complètement atrophiée ; on sent le fémur sous la peau et toute trace de muscle a pour ainsi dire disparu. Au contraire, les muscles, biceps demi-tendineux, demi-membraneux ont leur volume normal. Le mollet, en particulier, forme une saillie considérable, et il ne s'agit pas là d'une surcharge graisseuse; sous la main, en effet, le triceps sural se contracte avec vigueur et la contraction dessine un relief résistant et énergique. L'aspect qui résulte de cette saillie du mollet rappelle la déformation de la paralysie pseudo-hypertrophique. Et cette analogie est encore accentuée par la démarche du malade.

Debout, en effet, le malade se tient les reins fortement cambrés, les épaules renversées en arrière, le thorax saillant en avant. Il existe une ensellure considérable de la région lombaire. Le malade marche avec le balancement latéral, le dandinement caractéristique, d'après Duchenne, de la paralysie pseudo-hypertrophique, le tronc reposant alternativement sur l'une ou l'autre hanche. En outre, par suite de l'intégrité du triceps sural et de l'atrophie des extenseurs, le talon est fortement relevé et le malade marche sur les parties antérieures du pied ; il existe un véritable équinisme.

Le malade marche bien en s'aidant d'une canne, mais il se fatigue rapidement. La difficulté à monter les escaliers est extrême. Il ne peut se baisser qu'en s'accroupissant pour ainsi dire et en s'aidant des mains ; la difficulté est la même pour se relever.

Le réflexe rotulien ne peut se produire par suite de l'atrophie du triceps crural et surtout du droit antérieur.

Pas de contraction fibrillaire dans les muscles atrophiés.

En dehors de ces troubles moteurs, il n'existe aucune altération de la sensibilité ; les sphincters fonctionnent régulièrement.

M. le Dr Neumann a bien voulu examiner régulièrement l'état des muscles au point de vue électrique et voici la note qu'il nous a remise :

Examen des membres atrophiés au point de vue de la contractilité électrique, fait par le Dr Neumann. — Atrophie tant à droite qu'à gauche des muscles de la région antéro-externe de la jambe. Peu marquée pour l'extenseur commun des orteils et pour l'extenseur propre du gos orteil, elle est, au contraire, très notable pour le muscle jambier antérieur. Malgré l'atrophie considérable de ce muscle, la flexion du pied sur la jambe peut cependant encore être exécutée, grâce à l'action de l'extenseur commun, mais elle est incomplète, et au lieu de s'opérer directement elle s'accompagne de l'abduction du pied.

Les muscles de la région postérieure de la jambe, qui ont conservé leur volume normal, offrent un relief qui contraste avec l'amaigrissement de la partie antérieure.

A la cuisse, le faisceau moyen du triceps, le droit antérieur, seul entre tous les autres muscles, est atrophié. Cette atrophie est très marquée; aussi l'extension de la jambe est-elle à peine possible : le malade étant couché sur le dos, si on lui dit de croiser les genoux, on voit qu'il n'exécute qu'avec une très grande difficulté ce mouvement qui nécessite l'extension de la jambe et partant l'extension du droit antérieur.

Ce mouvement, difficile quand le malade cherche à placer le genou gauche sur le genou droit, est impossible quand le croisement doit se faire en sens inverse, l'atrophie du côté droit étant beaucoup plus notable que celle du côté gauche ; à la jambe, c'est l'inverse que l'on observe : la diminution de volume du jambier antérieur gauche est plus accentuée qne celle de son congénère de droite.

Ce malade présente également une atrophie notable des muscles petits et moyens fessiers, et de la masse sacro-lombaire.

Aucune altération dans la musculature des membres supérieurs, ni dans celle du tronc.

L'exploration directe des muscles à l'aide des courants faradiques, pratiquée avec un appareil à interruptions régulières, nous permet de constater que la contractilité farado-musculaire existe dans tous les muscles de la jambe à l'exception du jambier antérieur ; il ne semble pas, du reste, qu'il s'agisse ici d'un phénomène paralytique, mais d'une absence de contraction due à la disparition presque totale des fibres musculaires.

Il est aussi à noter qu'il y a une légère diminution dans le pou-

voir contractile des extenseurs commun des orteils et propre du gros orteil ; mais cette diminution est peu notable et il faut pour en constater l'existence réduire le courant à sa plus faible intensité.

A la cuisse, il est impossible de faire contracter le muscle droit antérieur atrophié, à moins d'employer un courant très intense, et encore dans ce cas la contraction est-elle à peine sensible. Pour les muscles fessiers, l'examen est plus difficile, il est cependant à remarquer que le pouvoir contractile des moyens et petits fessiers est diminué en raison de la diminution de la masse musculaire. Rien de notable pour la masse sacro-lombaire.

La sensibilité électro-musculaire est intacte.

Les muscles atrophiés dont il est difficile pour les uns, impossible pour les autres d'obtenir la contraction à l'aide des courants d'induction, restent également insensibles aux excitations des courants galvaniques. Aucune modification dans les réactions produites par les courants d'ouverture et de fermeture, aucun des phénomènes qui caractérisent la réaction de dégénération d'Erb. Une seule chose à retenir à propos de l'exploration galvanique est celle-ci : au niveau des points d'application des tampons, au bout d'une à deux minutes, même avec des courants d'intensité moyenne (12 à 15 milli. Ampère), la peau devient le siège d'une rougeur très-marquée, ce qui semble indiquer un trouble dans le fonctionnement des nerfs vaso-moteurs.

A côté de notre observation, nous en résumerons une autre empruntée à Leyden, sur laquelle la première est pour ainsi dire calquée.

(*A suivre.*)

Du danger des douches thermo-minérales intravaginales.

Observation. — Une dame du grand monde vint, il y a trois ans, au Mont-Dore, accompagner son mari qui suivait un traitement thermal pour un asthme compliqué d'un emphysème pulmonaire. Cette dame, atteinte d'un catarrhe vaginal, jugea à propos de prendre en dehors des heures de service quelques bains d'eau minérale et en même temps des douches intravaginales. Dès le second jour du traiment, qui avait lieu à 3 heures et demie de l'après-midi, cette dame, en prenant la douche intra-vaginale, ressentit une vive douleur dans le flanc droit, douleur assez vive pour lui faire cesser l'injection. Elle rentra à son hôtel et ne put dîner le soir, ayant, comme elle le disait elle-même, *toujours le cœur sur les lèvres*. Elle se coucha, et vers 1 heure du matin elle fut prise de frissons, de fièvre, de vomissements, et de coliques tellement violentes que je fus appelé, pour la première fois, à donner mes soins à cette malade.

Mme la comtesse de.... a 33 ans ; grande, très brune, bien réglée, d'une très bonne santé habituelle, elle est mère de trois enfants, le

dernier âgé de 5 ans ; elle me raconte alors que, prenant des bains plutôt hygiéniques que médicamenteux, elle avait ressenti dans la baignoire, en prenant une douche interne, une vive douleur qui avait été en augmentant. Nous constatons tous les symptômes d'une péritonite suraiguë :

Face anxieuse, grippée, extrémités froides, pouls petit, serré, extrêmement fréquent, vomissements bilieux et porracés, constipation, ventre ballonné, très douloureux à la pression, surtout du côté droit.

Prescription: Lavements et cataplasmes émollients, sinapismes aux quatres membres, potion calmante, couvertures de laine. Le lendemain matin nous revoyons la malade avec son médecin ordinaire, le Dr Boudant, et plus tard avec le Dr Chabory ; tous les accidents de la veille persistaient; mais la réaction était établie, la chaleur était revenue, le visage animé, le pouls très fréquent et serré ; aucun doute sur l'existence d'une violente péritonite suraiguë ; la température marquait 38,9 et le pouls 124.

Prescription : 20 sangsues sur le côté droit du ventre, 125 grammes d'onguent napolitain belladoné. Prendre toutes les deux heures une pilule de 1 centigramme d'extrait thébaïque et dans l'intervalle, toutes les deux heures, 5 centigrammes de calomel sucré ; tous les quarts d'heure, une cuillerée d'eau glacée ; lavements et cataplasmes émollients.

Nous pratiquons le toucher vaginal, et alors nous constatons une grande chaleur et de la sécheresse dans toutes ces parties, un abaissement du corps de l'utérus avec l'élongation du col, et ouverture de cet organe de manière à permettre facilement l'introduction de la dernière phalange du doigt explorateur.

Les jours suivants, même état et même traitement.

Le troisième jour la constipation persiste, malgré le calomel et les lavements simples et huileux; suspension du calomel. Prescription d'une mixture ainsi préparée :

Huile d'amandes douces, huile de ricin, sirop de guimauve, ãã 30 grammes.

A prendre deux cuillerées à la fois toutes les deux heures, afin d'éviter les vomissements. Trois évacuations de selles très dures d'abord, puis très bilieuses ; calomel à dose réfractée, toutes les deux heures 1 centigramme, et toutes les deux heures une pilule de 1 centigramme d'extrait thébaïque ; 60 grammes d'onguent napolitain par jour sur le ventre.

Aucun indice de salivation.

Du cinquième au septième jour, nous constatons une submatité avec tuméfaction arrondie dans la fosse iliaque droite, au-dessus du pli de l'aine.

Le septième jour, par le toucher vaginal, et surtout par le toucher rectal, nous trouvons une fluctuation très prononcée sur tout le côté droit de ces organes, fluctuation qui correspond à celle que perçoit la main gauche appliquée sur la tumeur abdominale. Nul doute que nous ne soyons en présence d'un abcès intra-pelvien, que nous nous disposons à attaquer le lendemain matin par le rectum, à l'aide du bistouri, lorsque dans la nuit la malade est prise de très nombreuses et très copieuses évacuations, d'abord bilieuses et sanguinolentes, puis d'un abondant écoulement de pus ; plus d'un litre.

Dès ce moment tous les accidents cessent, les garde-robes deviennent tellement fréquentes qu'elles nous donnent des inquiétudes.

Prescription : 1/4 de lavement avec eau de riz, gomme, amidon et 10 gouttes de laudanum, eau albumineuse en boisson, décoction blanche de Sydenham, décoction de coques de cacao, œufs crus, bouillon gras préparé au riz ou au tapioca, etc.

Bientôt les accidents diarrhéiques cessent; de grands bains gélatineux sont prescrits, et plus tard de petits lavements émollients additionnés de 15 grammes de glycérine. Inutile d'ajouter que la tumeur de l'abdomen disparut complètement, et trente-cinq jours après le début de la maladie, M[me] de X.... pouvait retourner à Paris sans éprouver le moindre accident; sa santé s'est rétablie complètement. Nous avions pris la précaution de couvrir l'abdomen d'un vaste matelas d'ouate soutenu par un grand bandage roulé au pourtour du ventre.

Cette malade s'était servie, pour faire ses injections dans la baignoire, d'un gros tube en caoutchouc terminé par un tube métallique du volume du petit doigt ; il n'est pas étonnant qu'étant donné un abaissement de l'utérus avec élongation du col et dilatation excessive de cette dernière partie, le liquide injecté ait pu pénétrer par l'une des trompes et arriver ainsi dans la cavité péritonéale, la douche ayant plus de 3 mètres de chute.

De ce fait il résulte que ces sortes de douches minérales doivent absolument être interdites aux femmes qui ont eu des enfants, et que dans tous les cas elles doivent être remplacées par des tubes armés de bouts olivaires et percés en pomme d'arrosoir.

D[r] J. Mascarel,
Médecin aux eaux du Mont-Dore.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 *juillet* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Injections iodées dans les kystes de l'ovaire. — *M. Boinet* regrette de n'avoir pas assisté à la discussion de la dernière séance

sur les kystes de l'ovaire. Il lui semble que le diagnostic des kystes uniloculaires est toujours facile, et pour lui l'injection iodée réussit surtout dans les kystes séreux.

Chez une de ses malades, il a fait jusqu'à vingt injections iodées pour un kyste ovarien, et cela sans le moindre petit inconvénient. Pour les kystes parovariens l'injection est inutile, puisque la guérison est facilement obtenue par une seule ponction. Bien qu'il ait essayé l'injection iodée pour les kystes multiloculaires, il pense qu'il n'est pas possible d'obtenir la guérison par ce moyen.

Enfin, pour certains kystes uniloculaires l'injection ne réussit pas, c'est qu'alors il existe de petits kystes de la paroi, impossibles à reconnaître cliniquement. et qui prédisposent à la récidive. M. Boinet cite un fait de ce genre. Cinq injections iodées avaient été faites, on fut obligé d'en arriver à l'ovariotomie.

M. Boinet défend l'iode du reproche qu'on lui a fait d'entraîner une inflammation vive. Si la teinture d'iode ne tombe pas dans le péritoine, il n'y a aucun danger.

L'ovariotomie reste une opération sérieuse ; il suffit de consulter les statistiques des divers chirurgiens, et en particulier celles de Spencer Wells.

Par les injections iodées M. Boinet n'a jamais eu de cas de mort.

Nouveau procédé d'ostéoclasie. — *M. Robin* (de Lyon) présente les résultats obtenus par ce procédé qui consiste à faire une fracture juxta-épiphysaire, en un point très précis, au moyen d'un appareil spécial. Le grand avantage de cette méthode dépend surtout de ce qu'on ne tiraille pas du tout les ligaments de l'articulation ; il n'existe pas de contusion soit des parties molles, soit des divers éléments de l'articulation du genou.

Après de nombreux essais sur le cadavre, l'auteur a employé son procédé sur des malades atteints de genu valgum, soignés dans le service de M. Daniel Molière. La guérison complète a été obtenue dans une période moyenne de trente-cinq jours. Dans un cas, elle était complète au vingt-septième jour, sans qu'on ait eu besoin d'employer de tuteur.

Les premières opérations furent faites sur des sujets jeunes, sur des enfants; l'emploi de la méthode a été suivi d'un gonflement assez notable. Sur les conseils de son maître, M. Robin a fait ce qu'il appelle le redressement tardif. Il s'est adressé à des sujets ayant de 17 à 20 ans, et dans ces cas l'opération n'a été suivie d'aucun inconvénient : la guérison a été beaucoup plus prompte.

M. Robin montre à la Société de chirurgie l'appareil qui a été employé; il consiste dans une demi-gouttière antérieure, dont une pièce s'applique au point qui a été choisi pour être fracturé, en gé-

néral à deux travers de doigts au-dessus de l'interligne articulaire. La fracture se produit d'avant en arrière. L'auteur simule le manuel opératoire qui est très simple et ressemble beaucoup à celui employé pour l'appareil de M. Colin.

EXTRACTION D'UN TUBE A DRAINAGE CONTENU DANS LA CAVITÉ THORACIQUE. — *M. Duboué* (de Pau) fait une communication sur l'extraction d'un tube à drainage, tombé accidentellement dans la cavité thoracique d'un individu atteint de pyothorax. On n'eut pas besoin de recourir à une opération sanglante. Par une fistule pleuro-cutanée, on introduisit une anse de fil de-soie jusqu'au fond de la cavité pleurale. Après de nombreux essais infructueux, le drain finit par se placer à cheval dans l'anse du fil et put être ramené au dehors.

TROCART A DRAINAGE. —*M. Guyon* présente, au nom de *M. Delesmant* (de Saint-Quentin), un trocart qui présente quelques avantages sur le trocart de Chassaignac. Au moyen d'un mécanisme particulier, la pointe peut être remplacée par une extrémité mousse, sans qu'il soit nécessaire de retirer la tige du trocart, manœuvre souvent fort incommode. M. Guyon a employé l'appareil de M. Delesmant et lui reconnaît de grands avantages.

ELONGATION DU NERF MÉDIAN. —*M. Le Fort* a eu, dans sa clientèle, à soigner un malade qui, quelques mois auparavant, dans un accident de chasse, avait reçu plusieurs grains de plomb dans le bras.

Immédiatement après, le malade eut une paralysie du nerf médian et quelques jours après une névralgie intermittente dans la zone de ce nerf, névralgie rebelle à tous les traitements. En examinant le malade, M. Le Fort reconnut que le nerf médian était augmenté de volume sur une certaine partie de son trajet. Le nerf étant mis à nu, on vit qu'il était entouré par une gaine de tissu fibreux qui fut enlevée avec soin ; il n'y avait pas de corps étranger. Le nerf, bien dégagé, fut alors tiraillé sur une sonde cannelée.

Le résultat de cette opération fut excellent ; dès le lendemain les douleurs avaient beaucoup diminué, et au bout de six semaines environ elles avaient complètement disparu. Quand à la paralysie, elle était déjà beaucoup moins complète au moment de l'opération. Depuis, elle a été sensiblement améliorée par la faradisation.

DILATATION DU COL DE L'UTÉRUS. — *M. Poulet* (de Lyon) présente un instrument nouveau pour la dilatation du col de l'utérus par une sorte de poche des eaux artificielle, formée par une vessie en caoutchouc qui pénètre en partie dans la cavité utérine et en partie dans le vagin et qui peut être remplie d'eau. L'auteur a employé cet instrument dans les cas où, la poche des eaux étant rompue, la dilatation ne se faisait pas ; il en a obtenu de très bons résultats. Il pense même que son appareil pourrait servir pour le tamponnement de l'utérus.

DE LAPERSONNE.

NÉCROLOGIE

Nos lecteurs apprendront avec un sentiment de douloureuse sympathie la mort d'un de nos jeunes et distingués confrères, le Dr Alfred VARIOT, de Neuilly, mort à l'âge de 30 ans de la diphthérie contractée près d'un de ses malades.

Cinq discours ont été prononcés sur la tombe de notre malheureux confrère, par le capitaine des pompiers de Neuilly, corps dont notre confrère était médecin, par M. le professeur agrégé Damaschino, par le Dr Legrand, de Neuilly, par M. Charles Boysset, député de Châlon-sur-Saône, ami de la famille, par un officier de l'armée, à laquelle Variot avait appartenu comme médecin aide-major, enfin par M. Emile Corra, rédacteur de l'*Evénement*, qui a trouvé des paroles très émues pour remercier notre confrère au nom de la population ouvrière de Neuilly.

Le deuil était conduit par le frère du défunt, ancien interne des hôpitaux, que cette terrible catastrophe est venue surprendre au milieu des épreuves pour le clinicat des maladies des enfants.

Variot laisse un jeune enfant de 14 mois qui est lui-même atteint de la maladie à laquelle vient de succomber son père.

— Le Dr Louis BLANDIN, rue de Varennes, 88, vient de mourir à l'âge de 93 ans. Notre confrère avait été reçu docteur en 1822.

— Hier jeudi a eu lieu l'enterrement civil du Dr DUPAS, ancien proscrit, adepte et ancien défenseur de l'école mutualiste, médecin des fédérés de 1871, condamné par contumace à la déportation.

M. V.-G. LEMERCIER, collaborateur du Dr Auzoux, vient de mourir le 30 juin. Né au Troncq (Eure), le 10 octobre 1818, Lemercier s'était fait recevoir officier de santé à Paris en 1844, puis docteur en médecine à Glasgow en 1851. Il avait fabriqué de nombreuses pièces anatomiques en collaboration avec le Dr Auzoux, dont il avait continué l'œuvre après la mort de celui-ci (1880). Cette collaboration avait valu à l'un et à l'autre plusieurs médailles.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 31 juillet au 5 août 1882). — *Lundi*, 31. — Doctorat, 2e (fin d'année): MM. Hayem, Farabeuf et Ch. Richet. — 3e (fin d'année): MM. Vulpian, A. Ollivier et Terrillon. —3e (fin d'année): MM. Potain, Reclus et Rendu.—3e (fin d'année): MM. Parrot, Pozzi et Laudouzy. — 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Bouchardat et Hanriot. — 2e classe: MM. Baillon, Budin et Gariel. — 5e (Charité): MM. Trélat Fournier et Pinard.

Mercredi, 2.—Doctorat, 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Tillaux et Gariel. —5e (nouveau régime, 2e partie, clin. int. et ép. d'anat. pathol. Charité): MM. Bouchard, Cornil et Landouzy.

Jeudi, 3. — Doctorat, 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Sappey et Richet.

Samedi, 5. — Doctorat, 1re classe (sages-femmes): MM. Pajot, Baillon et Ball.

Samedi, 5. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses): Composition écrite.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour la place du chef de clinique obstétricale de la Faculté vient de se terminer par la nomination de M. Maygrier, comme chef de clinique, et celle de M. Bard comme chef de clinique adjoint.

— Les vacances annuelles commenceront le dimanche 6 août 1882. La réouverture de la Faculté aura lieu le 15 octobre.

Les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris ont adressé au conseil municipal une pétition dans laquelle ils demandent à bénéficier de l'augmentation de l'indemnité attribuée aux internes en médecine.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre a adressé aux généraux commandants de corps d'armée les instructions suivantes au sujet des rapports sanitaires à adresser par les médecins des corps de troupe.

« Mon cher général, afin qu'il soit possible de prescrire en temps utile les mesures hygiéniques nécessaires pour empêcher ou arrêter le développement des épidémies qui peuvent se produire dans l'armée, j'ai décidé :

1° Que les médecins-majors des corps de troupe établiront un rapport indiquant les causes présumées de l'épidémie et les mesures qu'il y aurait lieu de prendre à titre préventif pour améliorer l'état sanitaire des troupes;

2° Que, pendant la durée de l'épidémie, ils adresseront au ministre, tous les cinq jours, un rapport sur la marche de l'épidémie. En cas d'insuffisance des mesures prescrites, ils feront connaître celles dont l'application leur paraîtrait devoir être prise à titre complémentaire.

Ces rapports seront revêtus du visa, et, s'il y a lieu, de l'avis motivé des chefs de corps. Vous voudrez bien me les transmettre d'urgence, en me soumettant telles propositions que vous jugerez convenables. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De quelques instruments destinés à la localisation et à la diffusion du courant continu, par le Dr Boudet, de Paris, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1882, Fourcade, 8, rue Monsieur-le-Prince.

Librairie du Progrès médical, 6, *rue des Ecoles.*

Le Sabbat des sorciers, par Bourneville et Teinturier. Plaquette grand in-8° carré de 40 pages avec 25 figures dans le texte, et une grande planche hors texte.

Il a été tiré de cet ouvrage 500 exemplaires numérotés à la presse.

Nos 1 à 300,	papier blanc vélin. Prix broché : 3 fr., cartonné.	4 fr.
— 301 à 450	— parchemin. Prix.	4 fr.
— 451 à 500	— Prix.	6 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 12 MARDI 1er AOUT 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 f.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 f.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 12 Mardi 1er Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR GERMAIN SÉE

Sur une forme spéciale d'atrophie musculaire débutant par les membres inférieurs (*Suite et fin*) (1).

Par le Dr Talamon,

Chef de clinique de la Faculté

Obs. II. — *Atrophie musculaire progressive et hypertrophie ; prédisposition héréditaire probable* (Leyden) (2).

Charles B..., employé de bureaux, âgé de 36 ans, issu d'une famille saine ; ses parents n'ont jamais eu de maladie analogue à la sienne ; mais un frère, plus jeune de six ans, a été atteint de la même affection il y a deux ans. Le malade dit avoir été lui-même toujours bien portant, même pendant son enfance.

Il y a six ans, il venait de prendre pour la première fois une position sédentaire dans un bureau, lorsqu'il éprouva pour marcher une gêne jusqu'alors inconnue, qui augmenta insensiblement. Il ne put bientôt plus gravir les escaliers qu'avec une très grande lenteur et en s'appuyant d'une main sur la rampe, de l'autre sur un bâton. En même temps la marche devint chancelante. Tous les symptômes apparurent et augmentèrent sans aucune douleur. On l'électrisa pendant quatre mois sans aucun résultat.

Etat actuel. — Le malade est un homme petit, mais bien constitué ; il a l'air bien portant, bien nourri ; sa musculature est généralement vigoureuse. Il se plaint d'une faiblesse dans les jambes, qui ne lui permet de marcher que lentement, en tâtonnant, et pendant peu d'instants seulement ; il ne gravit les escaliers qu'au prix de grands efforts, et il est à bout de forces dès les premières marches.

Les bras semblent libres, mais la durée possible de leur travail est fortement diminuée, surtout lorsque le malade tient quelque chose dans les mains ; il ne sent pas alors la faiblesse dans les mains, mais dans les muscles du dos.

Toutes les fonctions végétatives sont normales, rien de particulier dans les muscles de la tête et du haut du corps. La sensibilité n'est nullement intéressée ; sphincters et sens intacts.

Quand le malade est debout, il ne se tient pas comme tout le monde ; il cambre fortement les reins et porte les épaules en arrière, comme

(1) Voir *France médicale*, n° 11, p. 121.

(2) Leyden. — Traité clinique des maladies de la moelle épinière, p. 748. Trad. française Richard et Viry.

l'enfant atteint d'hypertrophie lipomateuse. Il marche à l'aide d'une canne dont il ne peut se passer que quelques instants à peine. Il n'élève pas la jambe comme une personne saine, mais il la lance, ce qui produit de fortes oscillations latérales du bassin et du haut du corps.

A un examen plus attentif, on constate que les jambes sont singulièrement déformées ; les mollets sont énormes, tandis que les cuisses sont minces et amaigries, l'émaciation porte surtout sur le triceps, le droit antérieur, le droit interne et le vaste interne. Les muscles du ventre sont mous, aplatis ; lorsqu'ils se contractent, leurs reliefs sont à peine dessinés. Les adducteurs, le couturier, le tenseur du fascia lata ont leur développement normal.

Les jumeaux font une saillie colossale.

Il y a donc, à côté des muscles atrophiés, d'autres muscles hypertrophiés, à peu près de la même façon que dans la paralysie pseudo-hypertrophique. Cependant ici les muscles hypertrophiés ont une dureté et une force telles qu'on est porté à admettre non pas une lipomatose mais une hypertrophie réelle. Leur fermeté fait un contraste évident avec la mollesse des muscles atrophiés. Le biceps crural a presque complètement disparu, tandis que le demi-membraneux et le demi-tendineux font de fortes saillies.

Pas de contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés, et le malade dit n'en avoir jamais observé.

Rien d'anormal dans les réactions aux courants faradique et galvanique.

Les fesses sont un peu atrophiées, les muscles des gouttières vertébrales le sont beaucoup et ne font plus sur le côté des apophyses épineuses leurs reliefs accoutumés.

Rien d'anormal aux épaules, ni aux membres supérieurs.

III. Les deux observations, on le voit, ne diffèrent que par quelques détails. Dans les deux cas, comme dans les observations de Friedreich, Bernhardt, etc., la maladie a débuté par de la faiblesse dans les reins et dans les membres inférieurs. En même temps, l'atrophie se produisait dans les muscles de la région sacro-lombaire et de la cuisse, déterminant à la longue chez les deux malades les mêmes déformations, la même attitude du tronc, la même démarche tout à fait spéciale.

La déformation caractéristique est la saillie formée par les muscles du mollet, contrastant avec l'émaciation extrême de la cuisse. Ce contraste est tel que notre première idée, à la vue de notre malade, fut celle de la paralysie pseudo-hypertrophique. Mais l'erreur n'était possible qu'un instant. Les mollets seuls, en effet, sont volumineux ; les fesses, au contraire, sont aplaties et atrophiées. D'autre part, la

palpation des muscles jumeaux montre qu'il ne s'agit nullement d'une surcharge graisseuse, d'une lipomatose luxuriante. Les muscles se contractent avec vigueur, on les voit à chaque mouvement se raidir sous la peau et la main a la sensation d'une masse ferme, résistante, au lieu de la mollesse et de la flaccidité des muscles graisseux de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Le doute n'est donc pas possible, il ne s'agit pas d'une pseudo-hypertrophie. Mais existe-t-il une hypertrophie véritable, comme le prétend Leyden dans son observation? Chez notre malade au moins, nous ne le pensons pas. Cet homme possède une musculature vigoureuse; ses biceps, ses pectoraux ont des reliefs extrêmement marqués. Il est juste de croire que les jumeaux, ayant échappé à l'atrophie, ont conservé avec leur volume la saillie de l'état normal rendue seulement plus apparente par le contraste des autres muscles voisins aplatis et atrophiés.

Quoi qu'il en soit, l'aspect qui résulte de ce relief si prononcé du mollet est, chez notre malade comme chez celui de Leyden, un premier fait à noter. Dans notre cas, la prédominance d'action du triceps sural est telle, les muscles de la partie antéro-externe de la jambe étant en partie détruits, que le malade marche le pied relevé en équin.

A côté de cette analogie simplement apparente avec la paralysie pseudo-hypertrophique, il en existe d'autres plus réelles, l'attitude et la démarche. Notre malade debout a l'attitude des enfants atteints de paralysie pseudo-hypertrophique, attitude si bien figurée dans les planches du livre de Duchenne. Il se tient les épaules portées en arrière, le thorax bombant en avant, les reins cambrés, fortement creusés par l'ensellure lombaire. L'attitude du malade de Leyden était la même.

La démarche est aussi celle qu'a si remarquablement décrite Duchenne. Notre malade, de même que celui de Leyden, marche en portant le poids du corps alternativement sur l'une et l'autre cuisse avec ce déhanchement, ce balancement du tronc, ce *dandinement* tout à fait caractéristique.

Ces analogies symptomatiques avec la paralysie pseudo-hypertrophique n'ont rien qui doive surprendre. Elles tiennent à ce que les lésions dans les deux maladies portent sur les mêmes muscles. L'atrophie des sacro-lombaires explique l'ensellure et la cambrure du tronc; l'atrophie des petits et moyens fessiers rend compte du dandinement, du balancement latéral. La différence est que chez nos malades l'atrophie est simple, tandis que dans la paralysie pseudo-hypertrophique elle s'accompagne d'une surcharge graisseuse interstitielle qui change complètement l'aspect des parties.

Pour ce qui est de la marche générale de la maladie, nous devons

penser qu'elle sera la même chez notre homme que chez les malades observés par Friedreich, Hammond et les autres, et qu'à *la longue* les membres supérieurs seront envahis à leur tour. Voici ce que dit Leyden à cet égard, résumant les notions fournies par les diverses observations publiées : — « La marche de la maladie était lente, les membres supérieurs n'étaient envahis qu'après des années, quelquefois même les progrès de l'affection étaient tellement peu rapides que les malades atteignaient un âge avancé ; cependant il semble que le nombre de ceux qui ont succombé de bonne heure est assez considérable. A la dernière période, les malades restaient complètement paralysés pendant des mois et même pendant des années, et finalement ils succombaient à une broncho-pneumonie. Jamais la maladie ne restait rigoureusement stationnaire; même quand les malades arrivaient à un âge très avancé, l'affection progressait jusqu'à la période ultime sans jamais s'arrêter. Jamais la maladie n'est arrivée d'emblée à son summum par une attaque, pour rester ensuite stationnaire; elle s'est toujours développée progressivement, débutant aux reins ou aux membres inférieurs et n'attaquant les supérieurs qu'après des années. La sensibilité et les sphincters sont toujours restés intacts. On n'a jamais observé de troubles dans la parole et dans la déglutition ni dans les muscles des yeux » (1).

IV. Dans quel ordre faut-il ranger cette forme d'amyotrophie? Doit-on la considérer comme une simple variété de la maladie d'Aran, reconnaissant le même substratum anatomique, et en différant seulement par le mode de début et par le siège des lésions? En d'autres termes, s'agit-il simplement de la localisation dans les cornées antérieures du renflement lombaire de l'altération qui, débutant par le renflement cervical, a pour conséquence l'atrophie musculaire classique?

L'anatomie pathologique peut seule résoudre ces questions. Mais sur ce point les documents sont rares, et les autopsies de Friedreich sont les seules que l'on puisse consulter. Or, Friedreich dit avoir toujours trouvé la moelle saine et normale dans toute son étendue ; dans un seul cas, il existait une dégénérescence des cordons postérieurs, avec altération concomitante des racines antérieures. Dans tous les autres cas, appartenant à une même famille héréditairement atteinte, il ne put rien constater d'anormal ni dans la moelle ni dans les racines, ni dans les nerfs. Friedreich, il est vrai, dans une question de ce genre, doit nous rester fortement suspect, lui qui considère toute atrophie musculaire, héréditaire ou non, comme une myosite chronique interstitielle, et qui regarde les lésions médullaires comme une conséquence de l'inflammation propagée des muscles au tissu nerveux.

(1) Leyden. *Loc. Cit.* p. 750.

Leyden toutefois, qui tend à admettre pour un certain nombre d'amyotrophies et en particulier pour le type Aran, la doctrine du professeur Charcot, et à faire de l'atrophie des grandes cellules des cornes antérieures la lésion fondamentale de la forme classique, se refuse à la regarder comme démontrée pour la forme héréditaire. « Il ne me semble pas certain, dit-il, que parmi les observations ou il (Charcot) a pu constater une altération de la moelle il y ait eu des cas d'atrophie héréditaire. »

De nouvelles recherches semblent donc nécessaire pour qu'on puisse assimiler le type d'atrophie musculaire que nous venons de signaler à la forme clinique décrite par Aran et Duchenne. Si l'absence de lésions médullaires, affirmée par Friedreich, était reconnue vraie, il faudrait évidemment distraire cette forme d'amyotrophie de l'atrophie protopathique du professeur Charcot, caractérisée par la destruction des grandes cellules motrices. Elle viendrait alors se placer à côté de la paralysie pseudo-hyperthrophique, dont elle se rapproche déjà par tant d'analogies et avec laquelle cette absence de lésions nerveuses centrales lui créerait un nouveau trait de parenté.

En résumé, il existe une forme spéciale d'atrophie musculaire progressive qui diffère complètement au point de vue clinique des types classiques, forme que les Allemands appellent atrophie héréditaire et pour laquelle nous proposons le nom de type Friedreich par opposition au type Aran-Duchenne.

Dans les cas de ce genre, l'atrophie débute constamment par les masses sacro-lombaires et par les membres inférieurs.

Cette forme est essentiellement héréditaire.

Elle se rapproche de la paralysie pseudo-hypertrophique par la localisation des lésions musculaires, d'où plusieurs analogies symptomatiques, ensellure lombaire, balancement des hanches et dandinement.

Il reste à démontrer que la lésion des grandes cellules motrices, établie par le professeur Charcot, comme lésion caractéristique du type Aran-Duchenne, se rencontre aussi dans l'atrophie type Friedreich.

Sur deux nouveaux antiseptiques : le glycéroborate de calcium et le glycéroborate de sodium.

Par M. G. Le Bon (1).

La découverte d'un agent antiseptique puissant, et jouissant en outre de la propriété d'être très soluble, sans odeur, et nullement toxique, présenterait sans doute un intérêt considérable. Les deux corps que je présente aujourd'hui à l'Académie, le glycéroborate de calcium

(1) Communication à l'Académie des sciences.

et le glycéroborate de sodium, jouissent des propriétés que je viens d'énumérer.

Pour obtenir le premier, il suffit de chauffer ensemble, à une température d'environ 160° et en agitant constamment, parties égales de borate de chaux et de glycérine, et de prolonger l'opération jusqu'à ce qu'une goutte du mélange, retirée avec une baguette et posée sur une plaque de verre, donne une perle incolore, cassante et transparente comme du cristal. Si l'on coule alors le liquide sur une plaque métallique, il se prend par le refroidissement en masse transparente comme le verre et qui se brise facilement : il faut introduire rapidement les fragments, pendant qu'ils sont encore chauds, dans un flacon à l'émeri bien sec.

Le glycéroborate de sodium se prépare de la même façon : on remplace simplement le borate de chaux par du borate de soude. Si l'on emploie le borate de soude fondu, c'est-à-dire anhydre, il faut 150 parties de glycérine pour 100 parties de borax.

Ces deux corps jouissent de propriétés analogues. Ils fondent à une température d'environ 150° et sont très hygrométriques. Si on les abandonne à l'air, ils se liquéfient très rapidement en absorbant leur poids d'eau. L'eau ou l'alcool peuvent d'ailleurs dissoudre le double de glycéroborate.

Même en solution étendue les glycéroborates de calcium et de sodium sont des agents antiseptiques très puissants (1). Le glycéroborate de sodium m'ayant semblé, au point de vue thérapeutique, supérieur au glycéroborate de calcium, c'est de lui que je me suis surtout occupé.

Au point de vue antiseptique, ce corps présente sur l'acide phénique l'avantage d'être soluble dans l'eau en toutes proportions, et surtout d'être absolument inoffensif. On peut l'appliquer à l'état concentré sur des organes aussi sensibles que l'œil, sans inconvénient.

Au point de vue de l'hygiène, on l'emploiera utilement comme désinfectant, et pour conserver la viande ou les produits alimentaires. J'ai pu envoyer à la Plata des viandes recouvertes d'un simple vernis de glycéroborate : elles sont arrivées aussi fraîches qu'au départ.

Au point de vue médical, on peut faire usage des solutions de glycéroborate en injections, en applications sur les muqueuses, dans les pansements chirurgicaux, dits de Lister, etc.

(1) Les glycéroborates ne pouvant être employés qu'à l'état de solution, il faut, pour obtenir des solutions toujours comparables à elles-mêmes, les titrer par une analyse volumétrique. L'opération est fort simple et ne prend que quelques minutes. Le glycéroborate chauffé suffisamment peut contenir 5 pour 100 de borax anhydre. Le produit solide contient alors, en réalité, autant de borax que le borate de soude cristallisé, mais l'eau y est remplacée par de la glycérine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

CÉCITÉ ET SURDITÉ VERBALES. — *M. d'Heilly* présente au nom de M. Chantemesse, son interne, et au sien, le cerveau d'une malade qui était atteinte de *cécité et de surdité verbales*, et à l'autopsie de laquelle on a trouvé un ramollissement qui intéressait la lèvre supérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale, la moitié inférieure du lobule pariétal inférieur, le lobule du pli courbe et la moitié antérieure du pli courbe du côté gauche. Le ramollissement était dû à une oblitération thrombosique de la quatrième branche de la sylvienne gauche. La lésion était bornée à l'écorce grise, et les centres moteurs, ainsi que la circonvolution de Broca, étaient intacts.

TUBERCULOSE ULCÉREUSE DU PHARYNX GUÉRIE PAR L'IODOFORME. — *M. Gouguenheim* relate l'observation d'une femme qu'il a guérie d'une tuberculose ulcéreuse du voile du palais et de la luette par l'application de l'iodoforme à l'état d'éthérolé. Une récidive se produisit qui fut guérie par le même traitement. Chez cette malade la tuberculose était absolument localisée au voile du palais.

Un médecin militaire, que nous ne connaissons pas, vante les bons effets de l'iodoforme dans le traitement des ulcères; il prétend, d'après un auteur allemand, que l'iodoforme est un médicament antituberculeux (?).

M. Damaschino rapporte une observation d'angine tuberculeuse guérie par l'application locale de la teinture d'iode et par l'iodure de potassium et de fer à l'intérieur. Mais ce malade fut atteint ultérieurement de tuberculose pulmonaire.

M. Gouguenheim. J'ai observé que l'iodoforme, si efficace dans les ulcérations tuberculeuses, était impuissant à arrêter les ulcérations syphilitiques tertiaires en l'absence d'un traitement interne. Il est intéressant de voir que le même médicament produit des résultats si différents dans deux affections diathésiques différentes.

M. Roussel lit un mémoire sur la transfusion du sang.

CHYLURIE PARASITAIRE. — *M. Ferrand* fait une communication très intéressante sur un *cas de chylurie* observé chez un jeune nègre de Zanzibar. L'urine présente un aspect laiteux, quelquefois légèrement rosé; elle renferme une grande proportion de matière grasse fortement émulsionnée et une quantité considérable de fibrine. Examinée au microscope, l'urine contient beaucoup de globules rouges, de globules blancs, et le parasite qui sera décrit dans un instant par M. Damaschino. Comme l'affection est intermittente, il est impossible de présenter dans ce moment un spécimen de l'urine à la Société.

M. Damaschino. J'ai eu la bonne fortune d'examiner l'urine et le sang du malade de M. Ferrand et j'y ai trouvé le parasite que j'ai pu comparer à celui que j'ai rencontré dans le liquide d'une hydrocèle chyleuse, ponctionnée par M. Le Dentu, et aux filaires que contenait l'estomac d'un moustique qui m'a été envoyé par le D[r] Zancarol, d'Alexandrie. Dans le sang, *pendant la nuit seulement*, et dans l'urine du malade atteint de chylurie, on trouve *des embryons de filaire.* Ce sont les mêmes embryons qu'on trouve dans l'estomac des moustiques qui ont sucé le sang de malades atteints d'hémato-chylurie. Dans le cas du malade de M. Ferrand, comme dans les cas semblables, le parasite adulte existe dans l'économie. Chez le malade de M. Ferrand, l'adulte doit exister dans la région de l'aine gauche. La chylurie est bien liée à la présence des filaires dans le sang, car dans les rémissions de la maladie, quand l'urine n'est plus chyleuse, le sang ne contient pas d'embryons de filaire.

M. A. Robin pense, d'après ses observations, que tous les cas de chylurie ne sont pas d'origine parasitaire.

M. Ollivier a observé un cas de chylurie dans lequel il n'existait pas de filaires.

M. Damaschino. Je suis heureux de confirmer l'opinion de M. Robin. Je crois qu'il existe deux formes de chylurie, l'une parasitaire, l'hématochylurie des pays chauds, et l'autre qui ne l'est pas, la chylurie de nos climats.

M. Robin. La chylurie non parasitaire de nos pays me paraît être l'exagération de l'affection que Gubler a décrite sous le nom d'*urines huileuses.*

M. Ollivier. Dans le cas que j'ai observé, il s'agissait d'une chylurie des pays chauds, et le parasite n'a été trouvé, ni par moi, ni par les histologistes du Collège de France.

M. Damaschino. La recherche du parasite est très difficile, c'est dans les caillots qu'on le trouve principalement et seulement dans le sang de la nuit.

M. Ollivier. C'est le sang de la journée que j'avais examiné.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Ern. Gaucher.

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

Vienne, le 25 juillet 1882.

Vos lecteurs savent que le professeur Duchek, une des célébrités de notre université, est mort, il y a quelque temps. Il avait remplacé le regretté Skoda au moment où celui-ci, en 1870, déjà fort souffrant,

s'est démis de ses fonctions professorales à notre faculté de médecine. Il s'agissait maintenant de remplacer Duchek à la chaire de clinique médicale à l'hôpital général. L'assemblée des professeurs (professorum-Collegium) s'est prononcée presque à l'unanimité, par la bouche de son éminent rapporteur le professeur Bamberger, pour la nomination du Dr Hermann Nothnagel, occupant actuellement la même chaire à l'université d'Iéna. Je disais «*presque à l'unanimité*», car M. Albert, professeur de clinique chirurgicale, forma à lui seul la minorité, rédigea un memorandum au ministre de l'instruction publique et proposa le professeur X. de Prague comme successeur à la chaire en question. M. Albert, à qui on ne peut refuser des capacités et des connaissances, a le tort de faire — passez-moi cette expression — de la politique médicale. Lui qui a été appelé à la chaire de clinique chirurgicale par la faveur du gouvernement actuel qui, comme vous le savez a la prétention de vouloir concilier et satisfaire les diverses nations dont est composée la monarchie d'Autriche, lui, le professeur Albert, dis-je, manifeste hautement ses idées slavophiles et en particulier tchèques, comme tel il cherche bien entendu à implanter dans notre université d'autres professeurs de sa nationalité, pour que dorénavant on professe ici de la clinique médicale tchèque comme il professe, lui, déjà de la chirurgie tchèque.

Mais cette petite minorité n'a pas été exaucée dans ses vœux. Car voilà que la «Wiener-Zeitung» (Journal officiel de Vienne) publie le décret, daté du 11 de ce mois, nommant le professeur Nothnagel, d'Iéna, comme successeur à la chaire qu'occupaient naguère Skoda et Duchek. Ce choix répond non seulement aux vœux de toute l'école, mais encore à ceux du Vienne intelligent, du Vienne aimant le progrès et favorisant les sciences. Les journaux médicaux, ainsi que les journaux politiques, témoignent une grande satisfaction de cette nomination.

Et maintenant quelques mots sur le nouveau professeur. Le Dr Nothnagel est encore jeune; il n'a que 40 ans, ce qui ne l'a pas empêché de se faire un nom dans le monde médical. Il a fait ses études à Berlin et était l'élève favori du professeur Traube. Privatdocent à cette université, il a été appelée en 1870, alors âgé à peine de 28 ans, à la chaire de clinique médicale d'Iéna. Parmi ses ouvrages, nous citerons son Traité de thérapeutique qu'il a publié en collaboration avec Rossbach et qui, si je ne me trompe, a été traduit en français; son « diagnostic des maladies du cerveau » et, un travail récemment publié et intitulé : « Clinique des maladies intestinales. »

Je tiendrai vos lecteurs au courant de l'installation du nouveau professeur, sur lequel on compte beaucoup et duquel on espère un nouvel essor et une vigoureuse impulsion pour notre vielle université.

CORRESPONDANCE

MONSIEUR LE RÉDACTEUR ET CHER CONFRÈRE,

Vous avez publié, dans la *France médicale* du 20 juillet 1882, une observation ayant pour titre : « Accident de collapsus causé par l'acide phénique dans la fièvre typhoïde, par M. E. Valude, interne des hôpitaux. »

Cette observation débute ainsi :

G..., ouvrier fumiste, âgé de 16 ans, entre le 18 janvier 1882 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Moutard-Martin.

Dans tout le cours de l'observation, le nom du chef de service n'est plus une fois prononcé, et à chaque instant M. Valude se sert de la locution : on prescrit, on administre, on change le traitement, etc.

Tout le monde, à la lecture de cette observation, devra être convaincu que mon nom étant en tête de l'observation comme chef de service, les *on* de M. Valude ne peuvent s'appliquer qu'à moi.

Or j'ai été en congé du 15 janvier 1882 au 1er mars. Je n'ai donc jamais vu le malade en question, je ne lui ai jamais fait une prescription, et je récuse toute espèce de responsabilité, tant des accidents survenus au malade, que de l'observation en elle-même.

Vous me permettrez, mon cher confrère, de profiter de cette occasion pour protester contre les publications trop fréquentes d'observations sans l'autorisation et sans le contrôle du chef de service dont le nom se trouve quelquefois compromis.

Je vous prie, mon cher confrère, de vouloir bien publier cette lettre, car je tiens à mettre ma responsabilité à couvert.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments d'affectueuse conraternité.

MOUTARD-MARTIN.

20 *juillet* 1882.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 24 au 29 juillet 1882.

WAKEFIELD. Recherches sur la nature et la propagation du choléra asiatique. — LOUBAUD. Etude sur les lésions du système variqueux dans un cas de rétrécissement de l'orifice pulmonaire. — GOUGAUD. Des fièvres intermittentes à rhythmes prolongés. — TILLIÉ. Traitement des fractures du fémur par l'extension continue au moyen des appareils à bandelettes agglutinatives. — GERGAUD. Des cystalgies et de leur traitement chirurgical. — LEGOUPILS. Coïncidence et rapports de la tuberculose et du cancer. — RABJEAUD. Etude sur la méningite aiguë des buveurs, et en particulier sur la méningite dans le delirium tremens. — GALY-BRIULAT.

Le bouton d'Alep. — VALISSANT. Contribution à l'étude de la néphrite a frigore.— SAUCET. Contribution à l'étude de la pleurésie.— GENTY. Etude sur le traitement des périostoses récentes. — REDIÉ-TALBÈRE. Contribution à l'étude de la périostite externe. — MAZEILLE. Des fractures des côtes par action musculaire. — AUSSET. Du traitement de la cataracte molle par la méthode de l'aspiration. — PHILIPES. Constitution médicale de la vallée du Lot dans le département de Lot et Garonne, et maladies professionnelles de ce pays (étude de géographie médicale). — FARGES. De la délivrance naturelle et de quelques accidents qui peuvent la compliquer. — PRUVOT. Contribution à l'étude des larves de diptères trouvés dans le corps humain. — DROCHON. Contagion de la phthisie dans le mariage. — BELLIARD. Des manifestations cérébrales de la goutte. — SERVAGE. Contribution à l'étude du traitement de la diphtérie.

NÉCROLOGIE

— FRIEDREICH : L'Allemagne vient de perdre un de ses praticiens les plus célèbres ; l'Université de Heidelberg celui de ses professeurs qui l'honorait le plus, et qui attirait à la chaire de clinique médicale, qu'il occupait depuis l'année 1858, le plus grand nombre d'élèves. Le professeur Friedreich est mort à l'âge de cinquante-sept ans, emporté après de longues et cruelles souffrances, par un anévrysme de l'aorte. Ancien élève de Virchow, il avait, dès le début de sa carrière, publié d'intéressants travaux d'anatomie pathologique, et plus tard ses *Études sur l'atrophie musculaire progressive*, sur les *lésions de l'ataxie locomotrice*, etc., ont prouvé tout le fruit qu'il avait tiré de ses recherches au laboratoire d'anatomie pathologique de Würzburg. Il avait été en 1857, au moment du départ de Virchow pour Berlin, nommé professeur extraordinaire d'anatomie pathologique à cette Université ; mais dès l'année 1858, il était appelé à la chaire de pathologie et de thérapeutique d'Heidelberg, et c'est là qu'il fit paraître ses principaux travaux sur le pouls veineux, sur le double bruit intermittent crural, sur la percussion du larynx et de la trachée, enfin et surtout sur les maladies du cœur. On sait que son *Traité des maladies du cœur*, dont la première édition a paru en 1861, a été traduit en français, sur la deuxième édition, par MM. Lorber et Doyon.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Au nombre de agrégés dont nous avons donné la liste dans notre numéro du 22 juillet, et qui sont appelés à suppléer, pendant les vacances, MM. les professeurs de clinique médicale et chirurgicale dans leur service hospitalier, nous devons ajouter les noms suivants:

Hôtel-Dieu : M. Richelot remplacera M. le professeur Richet; M. Joffroy remplacera M. le professeur G. Sée; M. Kirmisson remplacera M. le professeur Panas.

Charité : M. Landouzy remplacera M. le professeur Hardy.

Pitié : M. Lancereaux remplacera M. le professeur Lasègue.

Bourses de doctorat. — Le concours pour les bourses de doctorat, ouvert le 20 de ce mois s'est terminé le 26 ; les questions suivantes ont été données :

1° *Elèves ayant quatre inscriptions.* — *a.* Physique : chaleur spécifique des corps solides et des corps liquides; *b.* Chimie : Le mercure et ses principaux composés; c. Histoire naturelle: le sarcopte de la gale, les rubiacées à ipécacuanha.

2° *Elèves ayant huit inscriptions.* — Anatomie descriptive : L'os maxillaire inférieur; l'articulation temporo-maxillaire; les muscles élévateurs et diducteurs de la mâchoire inférieure.

3° *Elèves ayant douze inscriptions.* — *a.* Anatomie et histologie : L'intestin grêle; *b.* Physiologie : la digestion intestinale.

4° *Elèves ayant seize inscriptions.* — *a.* Pathologie interne : Diagnostic et anatomie pathologique de la méningite tuberculeuse ; *b.* Pathologie externe : La hernie ombilicale.

Concours du clinicat. — Le concours du clinicat des maladies des enfants s'est terminé le vendredi 28 juillet 1882, par la nomination de M. Legroux comme chef de clinique titulaire et de M. Variot (G.) comme chef de clinique adjoint.

L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 1er août 1882 sous la présidence de M. Legouest.

Ordre du jour : 1° Rapport sur les prix décernés en 1881, par M. Bergeron ;

2° Prix proposés pour 1883.

La statue de Broca. — Un comité s'est formé à Sainte-Foy-la-Grande pour élever une statue à l'illustre et regretté professeur Broca dans sa ville natale. Le président de ce comité, M. le Dr Boynnier, vient d'écrire à M. le ministre de l'intérieur pour obtenir l'autorisation officielle d'ériger la statue sur une des places publiques de la ville.

Bulletin de la mortalité ***du*** **21** ***au*** **27** ***juillet*** **1882. — Fièvre typhoïde, 34, — Variole, 7. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 38. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.**

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 46. — Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 59.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 30.

Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 79; au sein et mixte, 34; inconnu, 2. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 83; l'appareil circulatoire, 51 ; l'appareil respiratoire, 47; l'appareil digestif, 40; l'appareil génito-urinaire, 21; la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 3; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 45. — Causes non classées, 6. — Nombres absolus de la semaine, 925.

Résultats de la semaine précédente : 986.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 13 JEUDI 3 AOUT 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 13 Jeudi 3 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 2 août 1882.

L'Académie tenait hier sa séance solennelle, c'est-à-dire l'une des séances qui manquent le plus de solennité. Il est vrai que les membres du bureau avaient revêtu le claque et l'habit brodé d'or ; il est vrai de même qu'une dizaine de chaises étaient ornées de ce parterre de fleurs qu'un président aimable vantait naguère en termes si galants ; ajoutons, enfin, que des guirlandes de verdure s'étalaient dans le vestibule et dans la salle des séances ; mais, d'autre part, les académiciens étaient fort rares ; le public beaucoup moins nombreux que dans les séances animées ; enfin, nous n'avons pas eu le plus petit discours présidentiel, et le secrétaire perpétuel, M. Béclard, qui, paraît-il, n'aime pas parler devant des banquettes vides, M. Béclard n'avait aucun éloge à prononcer.

Le secrétaire annuel, M. Bergeron a fait à lui seul tous les frais de la séance. Son rapport sur les prix était très intéressant et très bien fait. M. Bergeron écrit bien et lit bien, et son discours était fort agréable à entendre. L'honorable secrétaire éprouve chaque année le besoin d'intercaler dans son rapport une profession de foi spiritualiste. Disons, pour sa justification, que la phrase est toujours bien tournée.

Quelques prix n'ont pas été décernés. Parmi les lauréats, citons MM. Mayor, Gilbert Ballet, Emile Vidal, J. L. Championnière, Th. Anger, Bigelow (de Boston) et Lagardelle (de Bordeaux), cet infortuné confrère qui, déjà lauréat de l'Académie, est mort avant d'avoir pu jouir de ce nouveau succès. A. Ch.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. LE Dr BERNUTZ.

Dilatations artérielles multiples chez un homme affecté de tuberculisation pulmonaire et de cancer intestinal ; autopsie.

Par MM. le Dr Henri Bastard.
Ancien interne des hôpitaux.
et Henri Chatellier.

Le nommé Cayol (Jacques), âgé de 40 ans, boulanger, entré le 18 octobre 1881, salle Saint-Louis, lit n° 28. Pas d'antécédents personnels. Sa mère est morte de douleurs (?), son père a succombé à une affection abdominale sur laquelle le malade ne peut donner aucun détail.

Quant à lui, il n'a jamais été malade, il était d'une constitution vigoureuse.

Depuis l'âge de 19 ans jusqu'à 30 ans, il a continuellement voyagé dans tous les pays sur un vaisseau marchand où il était boulanger à bord.

A 30 ans il est allé à Alger où il a vécu pendant deux ans, comme employé aux messageries. Depuis lors il a toujours vécu en France, à Marseille, Bordeaux, Nîmes, et enfin Paris où il est depuis six ans.

Il n'est malade que depuis deux ans, et cela a débuté par de la perte d'appétit, un amaigrissement assez rapide, de la perte des forces et une teinte pâle assez prononcée. A ce moment il a été soigné dans le service de M. G. Sée, où on l'a traité pour de l'anémie; on lui faisait prendre du fer et des bains sulfureux, car il ne pouvait, dit-il, supporter les douches froides. Son séjour à l'Hôtel-Dieu a été de deux mois au bout desquels il est allé à Vincennes, il en est sorti assez bien portant.

Depuis lors il a travaillé comme employé de chemin de fer jusqu'au 2 octobre dernier. A cette date il fut tamponné légèrement entre deux wagons ; il n'eut pas même de perte de connaissance au moment de l'accident, mais il lui est resté depuis une douleur dans le côté droit au niveau du foie, et il a eu également depuis cet accident des vomissements et de la diarrhée.

Il fut soigné chez lui par le médecin de la compagnie, mais, voyant que son état ne s'améliorait pas, il entra à l'hôpital.

Etat actuel. Homme très pâle, assez maigri, teint profondément anémique, gencives, lèvres, conjonctives absolument décolorées. Il se plaint surtout de faiblesse extrême, pas d'appétit, dégoût pour la viande qu'il a toujours eu, dit-il; il ne se nourrisait, même étant bien portant, que de légumes. Encore quelques douleurs dans le ventre, mais légères ; il va bien à la garde-robe.

A la palpation du ventre on ne trouve rien d'anormal.

Rien dans les poumons. Mais, en auscultant en arrière et à gauche, on entend un bruit de souffle très intense, synchrone avec les battements du cœur, de même du côté droit, et la tête est soulevée à ce niveau.

En découvrant le malade, on trouve en arrière, des deux côtés, au niveau des 7e 8e et 9e côtes un mouchet d'artères dilatées, du volume du petit doigt, sinueux, ayant tout à fait l'aspect d'un anévrysme cirsoïde ; ce sont ces artères qui sont le siège du bruit de souffle, et à ce niveau la palpation fait constater le *thrill*. Ces phénomènes sont plus accusés à gauche qu'à droite. Il est probable que ce sont des branches des intercostales qui ont subi une dilatation.

En examinant alors attentivement le malade on voit que la région sus-claviculaire droite est animée de battements très appréciables à la vue; la peau en cet endroit est nettement soulevée à chaque systole cardiaque. Mais il n'y a pas, à proprement parler, de poche anévrys-

male; l'auscultation fait entendre à ce niveau un bruit de souffle très intense. Ce bruit se continue le long du sterno-mastoïdien et un peu dans la région inférieure et latérale du cou. Aussi pense-t-on qu'il y a là également une dilatation de la sous-clavière droite, peut-être aussi une dilatation de la carotide externe ou d'une de ses branches.

Le pouls radial n'est pas très fort, mais il n'y a pas de retard du côté droit, les deux pouls sont parfaitement synchrones, et d'une égale force. Pas de troubles du côté de la pupille, ni des récurrents. On ne trouve pas d'autres artères dilatées.

L'auscultation du cœur ne donne rien d'anormal. Les battements sont peut-être un peu faibles, mais ils sont réguliers, et il n'y a qu'à la base, au 1er temps, un bruit de souffle assez doux que l'on attribue à l'anémie.

Le malade est soumis à un régime reconstituant, jus de viande, vin de quinquina, bains sulfureux.

Au bout de six semaines après son entrée, l'état n'a pas beaucoup changé; le malade à ce moment est pris d'une diarrhée assez abondante et qu'on n'arrête qu'avec peine avec de l'opium. Cette diarrhée reparaît à plusieurs reprises. Il n'y a jamais eu de sang dans les garde-robes, et la palpation du ventre n'a jamais fait constater rien d'anormal.

Depuis le 1er janvier, l'état du malade alla toujours en s'agravant. La cachexie s'établit, la diarrhée devint plus abondante et ne put être arrêtée, jamais il n'y eut de selles sanglantes.

Au sommet droit on constata un souffle inspiratoire assez net. Puis enfin œdème des membres inférieurs et mort le jeudi 2 février.

Autopsie le vendredi 3 février.

Abdomen. — *Estomac*, rien.

Intestins. Cæcum siège d'une masse cancéreuse grosse comme un œuf de poule, n'intéressant pas la lumière du conduit.

Dans l'intestin grêle seconde masse cancéreuse, grosse comme un marron.

Ganglions mésentériques volumineux, non caséeux.

Reins petits et durs.

Rate normale.

Foie. Volume normal, présente l'aspect du foie cardiaque.

Pas de masses cancéreuses dans le péritoine.

Poitrine. — *Poumons.* Petite caverne au sommet droit, grosse comme une petite noix.

Aux bases noyaux de pneumonie lobulaire.

Cœur. Rien.

Paquets d'anévrysmes cirsoïdes, au niveau des 7e, 8e et 9e côtes de chaque côté. Dilatation fusiforme de la 1re portion de la crosse aortique.

Sur la visibilité des points lumineux.

Par M. Auguste Charpentier (1).

Sous le nom d'*acuité visuelle*, on a cherché depuis longtemps à déterminer le plus petit angle sous lequel il est possible de distinguer l'un de l'autre deux points lumineux voisins, ou, ce qui est plus précis, la plus petite distance pouvant exister entre les images de ces points sur la rétine, tant qu'on les perçoit séparément. J'ai pensé quil y aurait un intérêt plus grand à déterminer la quantité de lumière nécessaire et suffisante pour permettre do distinguer les uns des autres plusieurs points lumineux. Aussi, après avoir démontré que la quantité de lumière nécessaire à cette distinction est toujours plus considérable que celle qui suscite dans l'appareil visuel la sensation lumineuse brute et la sensation de couleur, je me suis demandé si le nombre des points, leur grandeur, leur écartement, n'intervenaient pas pour modifier cette quantité. Je ne reviendrai pas sur la méthode qui m'a servi dans ces recherches et dont j'ai exposé plusieurs fois le principe (voir notamment ma ncte du 27 décembre 1883); je me contenterai d'énumérer brièvement les résultats de cette étude, résultats qui me paraissent de nature à modifier la théorie courante de la sensibilité.

1° *Le nombre des points lumineux n'a aucune influence* sur l'éclairement qu'il est nécessaire et suffisant de leur donner pour les faire percevoir comme distincts les uns des autres. Cet éclairement minimum est le même (toutes choses égales d'ailleurs) pour deux points que pour trois, quatre, cinq ou davantage.

2° L'éclairement minimum nécessaire pour la distinction de plusieurs points lumineux *ne dépend nullement de l'écartement de ces points*. Il s'est montré le même pour des écartements variant entre 0^{mm}, 1 et 2^{m}, 5, l'objet étant toujours à 0^{mm}, 20 de l'œil. Cela correspond, sur la rétine, à des écartements compris entre 8 et 205 millimètres ; telles sont les limites de mes expériences.

3° Pour faire distinguer les uns des autres par un œil normal plusieurs points lumineux (sur fond noir, bien entendu), quels que soient leur nombre et leur disposition, il faut les éclairer d'autant plus que la surface de chaque point et plus petite. La relation est précise : *l'éclairement minimum est inversement proportionnel à la surface de chaque point*. Les limitesde mes expériences sont les suivantes : le plus petit diamètre des points étudiés a étéde $\frac{1}{10}$ de millimètre (image rétinienne, $\frac{16}{1000}$ de millimètre); le plus grand diamètre a été de 1^{m},6 (image rétinienne, de $\frac{131}{1000}$ de milimètre).

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Pour distinguer un point lumineux des points voisins, il faut donc dans tous les cas la même quantité absolue de lumière, que cette lumière se répartisse sur un grand ou sur un petit espace, et possède, par conséquent, une clarté faible ou forte; en d'autres termes, pour produire le travail correspondant à la *distinction* d'une surface lumineuse quelconque, petite ou grande, par rapport à des surfaces lumineuses plus ou moins voisines, il faut toujours la même force vive extérieure totale.

Cela ne peut s'expliquer, si l'on n'admet pas qu'il existe entre les éléments rétiniens une intime solidarité, soit par l'existence de nombreuses anastomoses entre eux, soit par leur dépendance mutuelle vis-à-vis de certaines cellules nerveuses ou de certains groupes de cellules qu'ils contribueraient, pour ainsi dire, à *charger*. En effet, si chacun de ces éléments était excité seulement pour son compte, il serait toujours excité par le même éclairement, tandis que l'on vient de voir que plus il y a d'éléments contigus excités en même temps, et moins il faut de *clarté* pour les mettre en activité.

En tout cas, ces faits sont absolument inexplicables, si l'on s'en tient à l'opinion classique qui fait de chaque cône ou de chaque bâtonnet une unité anatomique et fonctionnelle, absolument distincte des éléments semblables qui l'entourent (1).

Il résulte des faits précédents : 1° qu'à clarté égale et pour une même distance, la visibilité des points lumineux est directement proportionnelle à leur surface ou au carré de leur diamètre; 2° qu'à clarté et dimension égales, la visibilité des points lumineux est inversement proportionnelle au carré de leur distance à l'œil (opinion déjà soutenue par M. Javal); 3° qu'à dimensions égales et pour une même distance, la visibilité des points lumineux est directement proportionnelle à leur éclairement.

Il est bon de dire que tout cela s'applique uniquement à des yeux exactement adaptés à la distance de l'objet et dépourvus d'astigmatisme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle tenue le 1er août 1882. — Présidence de M. Legouest.

Prix de l'Académie. — Question proposée : *Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale.*

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

(1) Un récent travail de M. J. Regnault tend à faire admettre que tous les éléments de la rétine sont largement anastomosés les uns avec les autres.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question: *Etat de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale.* Le prix était de la valeur de 1200 francs. Un mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le Dr Mayor, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — Question : *Des accidents épileptiformes dans l'hystérie.*

Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Ballet (Louis-Gilbert), médecin à Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, avec cette épigraphe : *L'épilepsie est, de toutes les névroses, celle avec laquelle il est le plus facile de confondre et avec laquelle on a le plus souvent confondu l'hystérie.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question: *Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse.*

Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Quatre mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Belugou (Alphonse), médecin aux bains de La Malou (Hérault), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, portant pour épigraphe : *Eripit interdum, modo dat medicina salutem: nil prodest quod non lædere possit idem* (Ovide).

Elle accorde des mentions honorables : à M. le Dr Caulet, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, ayant pour épigraphe : *Primum non nocere*; M. le Dr Queirel, chirurgien de la Maternité, à Marseille, auteur du mémoire inscrit sous le n° 4, portant pour épigraphe : *quo natura vergit, eo ducendum* (Arétée).

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix était de la valeur de 6000 francs. Cinq ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. Toussaint, professeur de physiologie à l'école vétérinaire de Toulouse, pour ses travaux sur le charbon, le choléra des poules et la septicémie expérimentale aiguë, inscrits sous le n° 4.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie externe.

Il était de la valeur de 1500 francs. Quatre ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

PRIX FONDÉ PAR M LE DOCTEUR DESPORTES. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature.

Il était de la valeur de 2000 francs. Six ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde à titre de récompense : 1° 500 francs à M. le Dr Vidal (Emile), de Paris, pour son travail intitulé : *Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine*, inscrit sous le n° 4; 2° 500 fr. à M. le Dr Campardon, pour son *Mémoire sur l'emploi thérapeutique de deux plantes indigènes*, inscrit sous le n° 5.

PRIX FONDÉ PAR M. HENRI BUIGNET. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. Trois ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Badal, de Bordeaux, pour son travail intitulé : *Leçons d'ophthalmologie*, inscrit sous le n° 1. Elle accorde une mention honorable à M. le Dr Vincent, de Guéret (Creuse), pour son mémoire inscrit sous le n° 2.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DAUDET. — Question : *De l'épithélioma des lèvres.*

Ce prix était de la valeur de 1000. Deux mémoires ont concouru. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Il était de la valeur de 2000 francs. Quatre ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix ainsi qu'il suit : 1° un prix de 1200 francs à M. le Dr L. Championnière pour son ouvrage : *Sur la trépanation du crâne*, inscrit sous le n° 2 ; 2° un prix de 800 francs, à M. le Dr Toussaint (Henri), pour son *Mémoire sur l'anatomie de l'artère pédieuse et sur ses anévrysmes*, inscrit sous le n° 1. Elle accorde une mention honorable à M. le Dr Larger, de Maisons-Laffitte.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE. — Ce prix devait être décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. Il était de la valeur de 2500 francs. Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne un prix de 1500 francs à M. le Dr Liénard, de Sedan, auteur du mémoire portant pour épigraphe : *Laboremus*, inscrit sous le n° 2. Elle

accorde, en outre, une récompense de 1000 francs à M. le Dr Emile Duponchel, médecin aide-major de 1re classe, au 18e escadron du train, à Bordeaux, pour le mémoire inscrit sous le n° 1, ayant pour épigraphe : *Statuar tumulo, non mastus et atrox, sed hilarus et coronatus.* (Tacite).

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1875 à 1881), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix était de la valeur de 10000 francs. Cinq concurrents se sont présentés. L'Académie partage les prix ainsi qu'il suit : 1° 6000 francs, à M. le Dr J. Bigelow, de Boston (Amérique), auteur du travail inscrit sous le n° 2, intitulé : *Cure et prophylaxie des rétrécissements de l'urètre par la dilatation urodyname.* 2° 4000 francs à M. le Dr Th. Anger, auteur des travaux inscrits sous le n° 4 : *Nouveaux instruments pour faire la taille avec le thermo-cautère. — Hypospadias péno-scrotal.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER. — *Extrait de la lettre du fondateur* : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs, pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique. Il n'y a pas eu de concurrents.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ALFARO, CORRESPONDANT A MADRID. — *Note déposée par le fondateur* : « J'offre à l'Académie la somme de 2000 francs, pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante :

« Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action.

« Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dan les affections mélancoliques. S'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. »

Un mémoire a été envoyé pour ce concours. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le Dr Lagardelle.

PRIX FONDÉ PAR M. ET MADAME SAINT-PAUL. — M. et Mme Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première,

trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie.* Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tour les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense. Six ouvrages ou mémoires ont été présentés pour ce concours. Aucun d'eux n'a été jugé digne de récompense.

FONDATION AUGUSTE MONBINNE. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée à subventionner, par une allocution annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins.

PRIX DE LA COMMISSION DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — Question : *Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition.* La valeur de ce prix était de 1000 francs. Deux mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° des médailles d'argent à MM. les Drs Lavergne, médecin des Enfants-Assistés du département de l'Allier, et Sagnier, médecin à la Grand'Combe (Gard) ; 2° des médailles de bronze à MM. les Drs Juventin, de Beaurepaire ; Ory, sous-inspecteur des Enfants-Assistés du département de la Loire ; Pippingskold, de Helsingfors (Finlande).

BIBLIOGRAPHIE

EAUX MINÉRALES (*Suite*). (1)

X. PETIT GUIDE MÉDICAL AUX EAUX DE VALS, par le Dr *Lafosse*, médecin inspecteur, in-18, 261 p. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882,

XI. ANNUAIRE DES EAUX MINÉRALES de la France et de l'étranger, 23e année. Paris, Gauthier-Villars, 1882.

XII. DES RAPPORTS DE L'ASTHME ET DES POLYPES MUQUEUX DU NEZ, par le Dr *Joal* (du Mont-Dore), in-8°, 38 p. Paris, Asselin, 1882.

XIII. DE L'ARTHRITISME ET DE SES MANIFESTATIONS SUR LES ORGANES DE LA RESPIRATION, par le Dr *Joal* (du Mont-Dore), in-8°, 24 p. Paris, Asselin, 1882.

XIV. TRAITEMENT SPÉCIAL DES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES DÉSIGNÉES SOUS LE NOM DE DYSPEPSIE PAR LES EAUX DE POUGUES, par le

(1) Voir *France médicale*, nos 7, 9 et 10.

Dr *Logerais*, médecin inspecteur de Pougues, in-8°, 16 p. Veuve Ethiou-Pérou, 1881.

X. Ce guide offre le même plan et poursuit le même but que tous les ouvrages de ce genre. S'adressant à la fois aux médecins et aux malades, il contient la topographie de Vals, l'itinéraire, des renseignements sur la cure hydrominérale et thermale, l'analyse de nombreuses sources, le mode d'emploi des eaux, l'indication des nombreuses maladies auxquelles ces eaux peuvent être utiles, enfin les excursions et les plaisirs que les malades ne peuvent manquer de goûter dans cet heureux pays.

XI. Ce petit volume renferme la nomenclature générale des stations d'eaux minérales en France et les moyen de communication qui y conduisent, le classement des sources suivant leur nature et les maladies qui peuvent y être adressées ; un memento des principales indications thérapeutiques des eaux minérales françaises et des principales stations étrangères.

Il donne enfin la liste des hommes que leurs fonctions rattachent au service des eaux minérales, soit au ministère de l'agriculture et du commerce, soit au comité consultatif d'hygiène, soit à l'Académie.

XII. L'auteur termine son travail par ces conclusions :

1° Les polypes muqueux du nez occasionnent parfois des troubles dyspnéiques de nature asthmatique.

2° Cet asthme symptomatique s'observe principalement chez les sujets arthritiques.

3° Il est le plus souvent produit par une action réflexe consécutive à une irritation muqueuse nasale.

4° L'excitation peut avoir pour point de départ les filets sensitifs du pneumo-gastrique qui tapissent la muqueuse pharyngée ou la muqueuse bronchique.

5° L'asthme peut se développer par le fait des lésions catarrhales et emphysémateuses attribuables aux polypes du nez.

6° Les accidents asthmatiques s'amendent ou disparaissent après l'ablation des polypes.

7° Les troubles nerveux produits par les tumeurs polypeuses du nez consistent parfois en éternuements spasmodiques se montrant par accès.

XIII. M. Joal a simplement pour but de démontrer que « les eaux du Mont-Dore sont souveraines pour combattre les diverses manifestations de l'arthritisme sur les organes de la respiration ».

XIV. Les eaux de Pougues, dit M. Logerais, conviennent surtout aux dyspepsies, sans lésions de l'estomac, aux dyspepsies qui se trouvent dans différentes maladies comme la goutte, la gravelle, le diabète, les affections du foie, etc.

L'emploi de l'eau de Pougues est généralement contre-indiqué dans toute lésion organique de l'estomac et de l'intestin, surtout lorsque ces lésions se présentent aux orifices cardiaque et pylorique, au pylore surtout. Il augmente les accidents tels que les douleurs, les vomissements grisâtres, noirâtres, et sanguinolents, néanmoins M Logerais a vu un cas dans lequel un malade atteint d'un cancer de l'estomac a pu, sous l'influence des eaux de Pougues, reprendre quelque appétit et prolonger sa vie pendant plusieurs années. (*A suivre.*)

A. Ch.

NÉCROLOGIE

— Carl Hueter, professeur de chirurgie à Greifswald, a succombé le 10 mai, après une maladie de quelques semaines. Encore jeune, il était dans la plénitude de l'activité intellectuelle. Parmi les œuvres qui l'ont fait connaître dans le monde scientifique et parmi les chirurgiens, on doit citer en première ligne son *Traité de chirurgie générale* (*Allgemeine Chirurgie*), où sont exposées des vues très originales en rapport avec les notions qu'on possédait en 1873 sur l'influence des microbes. Il a publié dans la *Chirurgie* de Pitha et Billroth une Etude de la trachéotomie et de la laryngotomie, et depuis dix années il a été l'un des directeurs de la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, où il a publié un grand nombre d'articles de critique, et d'observations ou de travaux personnels. (*Gazette Hebd.*)

— Nous apprenons la mort de M. le Dr Simon (François), décédé à Paris à l'âge de 78 ans.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de médecin du Bureau central.* — Ce concours s'est terminé lundi soir par la nomination de MM. Tapret et Barth.

Faculté de médecine de paris. — *Clinicat des maladies mentales.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Vallon, chef de clinique, et Rueff, chef de clinique adjoint.

Corps de santé de la marine. — Par décret du Président de la République, en date du 31 juillet 1882, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de pharmacien en chef : M. Doué (Philippe-Marius), pharmacien principal.

Au grade de pharmacien principal : 1er tour (ancienneté). M. Simon (Jean-Baptiste-François), pharmacien de 1re classe.

Par décret du Président de la République, en date du 29 juillet 1882, a été promu dans le corps de santé de la marine, après concours et pour compter du 6 novembre 1881 :

Au grade d'aide-médecin titulaire : M. Vigné (Paul-Etienne), étudiant en médecine, aide-médecin auxiliaire de la marine.

Office vaccinogène central en Belgique. — L'état belge possédait déjà un établissement ayant pour but le renouvellement du vaccin au moyen de la vaccination animale. Mais cette institution, tout en rendant de nombreux services, ne pouvait satisfaire à toutes les demandes qui lui étaient adressées et ne livrait d'ailleurs la matière vaccinale que contre le paiement du prix de revient. Un arrêté royal du 15 février vient de réorganiser cet office vaccinogène central en ordonnant son installation dans un local annexe de l'école de medecine vétérinaire. Le nouveau service devra être en mesure de faire parvenir, en tout temps et à titre gratuit, du vaccin animal aux commissions médicales provinciales et locales, et en général à toutes les administrations, ainsi qu'aux praticiens belges et aux particuliers qui en feraient la demande. Un vétérinaire sera chargé de diriger le travail de l'inoculation sur les génisses et la culture du vaccin. Il ne devra livrer la matière vaccinale au public qu'après s'être assuré que les animaux sur lesquels elle aura été récoltée étaient indemnes de toute maladie contagieuse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, *éditeurs. Paris.*

A propos d'une opération de céphalotripsie sans broiement chez une femme à bassin oblique ovalaire, petite modification dans le cranioclaste, par le Dr Narich, in-8° avec 8 planches. 3 fr.

Etude sur l'accouchement prématuré artificiel, ses indications en dehors des rétrécissements du bassin. Principaux procédés opératoires, par le Dr Picard, in-8°. 3 fr.

Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine, par le Dr Chayé, in-8°. 2 fr.

Leçons d'hygiène infantile, par J.-B. Fonssagrives, ancien professeur d'hygiène et de clinique des enfants, etc, 1 vol. in-8°. 10 fr.

La lithotritie doit être faite sans traumatisme, par le Dr Reliquet, in-8°. 50 cent.

La dystocie simplifiée, Guide pratique de l'homme de l'art dans les accouchements difficiles et dangereux, par le Dr Hamon de Fresnay, professeur libre d'accouchement, 1 vol. in-8°. 3 fr. 50

Contribution à l'étude de la valeur séméiologique des écoulements uréthraux, par le Dr Bonnamy, in-8°. 3 fr. 50

Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement par le Dr Chahbazian, in-8°. 3 fr. 50

De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques, par le Dr Vallon, in-8°. 3 fr.

Contribution à l'étude du goitre exophthalmique, pathogénie, traitement, par le Dr Bruard, in-8°. 3 fr.

Etude sur la stéatose hépatique, considérée au point de vue chirurgical, par le Dr Gauchas, in-8°.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. Parent, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECIN
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 14 SAMEDI 5 AOUT 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 14. Samedi 5 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

ASILE SAINT-ANNE. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR BALL.

Paralysie générale chez la femme.

Leçon faite par M. le Dr Régis.

Chef de clinique.

Messieurs.

Si la pathologie de la femme diffère en bien des points de celle de l'homme, c'est peut-être, il faut le dire, sur le terrain de l'aliénation mentale que la différence se montre à son degré le plus marqué.

Au fond de toutes les folies qui l'atteignent, en effet, la femme se retrouve; soit que ces folies lui appartiennent en propre, comme celle de la grossesse, soit qu'elles revêtent simplement chez elle une physionomie différente de celle que l'on observe chez l'homme.

Parmi les maladies mentales communes aux deux sexes qui se présentent chez la femme avec des caractères particuliers, il faut citer au premier rang la paralysie générale, s'il est encore permis aujourd'hui d'appeler cette affection une maladie mentale.

Or ces caractères particuliers, qui par leur nombre et leur importance clinique suffiraient presque à légitimer la création d'une *forme légitime* de la paralysie générale, sont encore mal connus, mal interprétés, il en est à peine fait mention dans les ouvrages classiques. C'est ce qui m'a déterminé à les étudier rapidement avec vous dans cette conférence, trop heureux si cette étude, bien qu'incomplète, peut vous être dans la suite de quelque utilité.

Messieurs, la paralysie générale est *moins fréquente* chez la femme que chez l'homme. Tous les auteurs, sans exception, sont d'accord sur ce point. Malheureusement, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de déterminer d'une façon précise le degré de fréquence de la maladie dans le sexe féminin.

Cependant, pour si différents les uns des autres que soient les résultats obtenus jusqu'à ce jour, ils nous ont dévoilé quelques particularités des plus intéressantes. Ainsi nous savons, et c'est là un fait important sur lequel j'aurai à revenir tout à l'heure, que la paralysie générale chez la femme est très rare dans la classe élevée de la société, qui fournit, au contraire, à la maladie, chez l'homme, un contingent des plus imposants. Il n'était donc pas sans intérêt de chercher une fois pour toutes à élucider cette question de la fréquence de la paralysie générale chez la femme, et c'est ce qui m'a déterminé, après avoir constaté la divergence des auteurs, à faire quelques recherches à cet égard. Grâce à l'obligeance de nombreux collègues, j'ai pu re-

cueillir quelques documents statistiques d'une réelle valeur, et qui me paraissent jeter quelque lumière sur le point plein d'intérêt qui nous occupe. Il ne s'agit ici, bien entendu, que des *paralytiques aliénés*, c'est-à-dire de la fréquence relative de la paralysie générale. La fréquence absolue, pour être évaluée, nécessiterait un élément numérique qui fait absolument défaut, je veux parler du chiffre des malades qui, en raison du peu d'intensité de leur trouble mental, continuent à vivre dans le monde ou sont admis dans les hôpitaux ordinaires, et ne figurent pas, par conséquent, dans les statistiques.

Voici le résultat de mes relevés que j'ai divisés, pour rendre la démonstration plus claire, en quatre tableaux distincts.

	Nombre d'aliénés.	Chiffre des paralytiques.	Proportion pour cent des paralytiques.	Rapport de fréquence de la paralysie générale de la femme à l'homme.
	—	—	—	—
1° Statistique des asiles de la Seine.				
Hommes......	1.122	262	23.0	1 : 3,0
Femmes......	1.182	88	7 7	
2° Statistique des asiles de province.				
Hommes......	1.000	80	3.0	1 : 1,40
Femmes......	2.386	51	2.13	
3° Statistique des maisons de santé.				
(*Pensionnats de Ville-Evrard et Charenton compris.*)				
Hommes......	1.228	469	33.33	1 : 1,40
Femmes......	1.545	27	2.58	
4° Statistique générale (asiles, maisons de santé).				
Hommes......	3.350	702	20.91	1 : 12,9
Femmes......	4.202	166	3.95	

Il résulte de ces chiffres : 1° que dans la population des campagnes, représentée par la statistique des asiles de province, la paralysie générale est à peine une fois et demie plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et qu'elle y est très rare dans les deux sexes ; 2° que dans les asiles avoisinant les grands centres, et notamment dans ceux du département de la Seine, où l'on trouve surtout la population ouvrière des villes, la paralysie générale est trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et relativement commune dans les deux sexes ; qu'enfin, dans les maisons de santé privées, la paralysie

générale est près de treize fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, différence remarquable et qui provient de ce que cette maladie, contrairement à l'opinion de Sankey, est extrêmement commune chez les hommes des classes élevées de la société, tandis qu'au contraire elle est extrêmement rare chez les femmes des mêmes classes, comme elle l'est dans la population féminine des campagnes. Nous aurons à revenir plus tard sur ces particularités intéressantes.

En ce qui concerne l'*âge* auquel les femmes sont le plus habituellement frappées de paralysie générale, les opinions des auteurs sont encore loin d'être concordantes : les uns, comme Krafft-Ebing, affirmant que son apparition est plus prématurée chez elles que chez l'homme; les autres, au contraire, comme Sander et Jung de Leubus, qu'elle y est plus tardive, et très souvent liée notamment à la ménopause.

Pour ma part, Messieurs, les quelques recherches que j'ai faites à ce sujet m'ont conduit à penser que les deux opinions émises étaient également vraies, et que la femme devenait paralytique parfois plus tôt, mais parfois aussi plus tard que l'homme ; en d'autrès termes, que la paralysie générale, loin d'avoir comme chez l'homme une époque d'apparition à peu près fixe, survenait, au contraire, assez souvent chez elle aux âges les plus divers. Ainsi, il n'est point rare, et j'aurai occasion de vous en montrer un exemple tout à l'heure, de voir une femme de 26 ou 27 ans atteinte de paralysie générale confirmée, à côté d'une autre femme de près de 60 ans frappée de la même affection. Chez l'homme ces écarts de l'âge habituel constituent de véritables exceptions.

La paralysie générale, chez la femme, s'établit le plus souvent d'une façon insidieuse et progressive.

D'autre part, il n'est pas rare d'observer à ce moment, chez l'homme, une période plus ou moins longue d'exaltation maniaque, de dynamie fonctionnelle, pendant laquelle toutes les facultés et toutes les fonctions de l'individu, surexcitées au plus haut point, avant de s'affaiblir à tout jamais, font preuve d'une activité et d'une énergie vraiment incroyables. Les malades, irrésistiblement poussés, sont dans un état perpétuel de mouvement et d'agitation ; ils vont et viennent sans prendre un instant de repos; ils écrivent sans cesse, ils parlent avec abondance et avec éclat ; ils font des achats, des affaires, des inventions de toute sorte ; leur mémoire et leur imagination sont avivées au dernier degré ; ils sont généreux, expansifs, spirituels, brillants, plus intelligents en un mot qu'ils ne l'avaient jamais été. Chez la femme rien de semblable ne se produit, et je n'en connais pas, à vrai dire, une seule qui soit entrée dans la paralysie générale par la porte de l'*excitation maniaque*. Un léger affaiblissement des facultés,

et, en particulier, de la mémoire, un peu d'indifférence dans les affections, une certaine inhabileté manuelle doublée parfois d'une lenteur à peine appréciable de la parole, tels sont les seuls signes, comme vous le voyez sans relief, qui le plus souvent ouvrent la scène chez la femme, et qui, passant d'habitude inaperçus de l'entourage, peuvent permettre à la maladie d'atteindre sa période la plus confirmée avant d'être reconnue. Dans certains cas même c'est par le plus grand des hasards qu'on s'aperçoit chez une femme restée au milieu de sa famille de l'existence d'une paralysie générale déjà vieille de plus d'une année.

La paralysie générale chez la femme a donc, Messieurs, dès le principe, une *allure insidieuse*; insidieuse à ce point qu'il est dans la plupart des cas impossible d'assigner son véritable début à l'affection, dont l'origine se perd, pour ainsi dire, dans la nuit du passé.

Aussi, tandis qu'à la période prodromique, si justement appelée la période médico-légale, et si bien étudiée par M. Legrand du Saulle, l'homme commet très souvent les actes délictueux les plus insensés, mais dénotant presque toujours un surcroît d'activité intellectuelle et physique ; la femme, elle, passe indifférente à tout, ou si elle se rend coupable de quelque méfait, l'acte commis est un acte absurde, niais, dément, qui ne porte aucun cachet d'excitation : le vol d'une jupe ou d'une pomme à l'étalage, ou l'exhibition platonique, inconsciente, des organes génitaux.

C'est ainsi que, sans fracas, par transitions pour ainsi dire insensibles, la maladie arrive à sa période d'état.

Messieurs, la paralysie générale revêt de préférence chez l'homme une forme franche, nette, à caractères bien tranchés. Après une période prodromique plus ou moins longue, le malade entre très souvent dans la période d'état par ce que M. le professeur Lasègue appelle un *ictus cérébral*, c'est-à-dire par une attaque congestive d'intensité variable, mais toujours brusque, et qui, chaque fois qu'elle se reproduit, fait faire un pas sensible à la maladie. En même temps, le délire, quel qu'il soit, et il est le plus souvent maniaque, est actif, mouvementé, bruyant. Chez la femme, au contraire, on s'accorde à dire que la forme de la maladie qui prédomine est la forme démente, paralytique, sans aliénation mentale proprement dite. Ainsi formulée, la proposition n'est peut-être pas d'une exactitude absolue, en ce sens que chez la plupart des femmes paralytiques, chez celles même qui paraissent les plus exemptes de délire, on trouve presque toujours quelques conceptions délirantes rudimentaires, et surtout une tendance niaise à la satisfaction ; mais, ce qu'on peut dire d'une façon plus générale et plus vraie, c'est que, quelle que soit la forme que revête la paralysie générale chez la femme, et on peut toutes les y

rencontrer, la maladie s'y montre avec des caractères effacés, éteints, comme torpides; le délire n'y existe pas, ou s'il y existe, c'est le plus ordinairement à l'état d'idées mesquines et absurdes au plus haut point.

Assez souvent les idées de richesse et les idées hypochondriaques se succèdent chez la même malade, souvent d'un instant à l'autre, et parfois même coexistent; mais c'est là un fait qui me paraît très commun dans la paralysie générale, et il est bien rare qu'on puisse observer dans ces alternatives d'excitation et de dépression une régularité assez grande pour en faire des types de ce que l'on a appelé, peut-être à tort, la paralysie générale à double forme ou circulaire.

Quant aux symptômes physiques de la paralysie générale, ils sont les mêmes chez la femme que chez l'homme, et, contrairement à ce qui a lieu pour les manifestations psychiques, ils peuvent s'y présenter avec des caractères tout aussi marqués. Il me paraît pourtant y avoir, à cet égard, quelques particularités intéressantes à signaler. Ainsi, chez la femme, au moins d'après ce que j'ai pu observer, l'embarras de la prononciation présente d'habitude quelque chose de spécial; la parole est lente et scandée plutôt que précipitée, hésitante, ataxique; la femme psalmodie, souvent sans le moindre accord, tandis que l'homme en parlant bégaie, se heurte et fait de continuels faux pas. Parfois même, tout se borne chez la femme à une lenteur de diction plus ou moins grande, à une sorte d'épellation des mots, ce qui, joint à l'effacement des autres symptômes, n'est pas sans augmenter singulièrement les difficultés du diagnostic.

Le masque paralytique, ce visage flasque, blême et sans expression, avec effacement des plis cutanés, habituel aux paralytiques, me paraît aussi bien plus marqué chez la femme; les mouvements de dégustation et de mâchonnement, qu'on observe parfois dans les périodes avancées de l'affection, sont également plus fréquents chez elle. Il m'a paru aussi que chez la femme la pupille gauche était plus souvent dilatée que la pupille droite, tandis que j'observais le contraire chez l'homme, particularité qui pourrait avoir une certaine importance, l'inégalité pupillaire étant, en somme, l'indice d'une différence de siège et d'intensité dans les lésions symétriques de la maladie. Cette statistique est peut-être à poursuivre, car sans vouloir m'associer à l'idée d'Austin, récemment formulée à nouveau par Wyat-Turnam, idée d'après laquelle il existe une relation étroite entre la forme du délire et l'état des pupilles, il se pourrait que la variation de la lésion qui produit l'inégalité pupillaire, quelle qu'elle soit, fût liée d'une façon générale à la variation des lésions qui déterminent la physionomie d'ensemble de la maladie. Un autre symptôme du domaine organique, d'une grande importance celui-là, c'est l'absence ou l'irrégularité

très grande de la menstruation chez les femmes paralytiques. Sur 13 malades de ce genre, actuellement dans les salles de la Clinique, 3 seulement sont réglées, et encore deux le sont-elles de la façon la plus anormale. A Sainte-Anne, sur 15 paralytiques, 5 seulement sont menstruées plus ou moins bien. Chez les 22 paralytiques confirmées, actuellement existantes à l'asile de Saint-Yon, près Rouen, mon ami M. le Dr Germain Cortil a trouvé 15 fois la menstruation absolument nulle, 4 fois très irrégulière, et normale seulement dans 3 cas. De même, Jung donne 80 p. 100 comme proportion des femmes paralytiques n'ayant plus ou presque plus leurs époques. Avec cette question de l'état de la menstruation chez les malades qui nous occupent, nous touchons à l'un des points les plus intéressants et les plus discutés de l'étiologie de la paralysie générale chez la femme. Nous aurons l'occasion d'y revenir tout à l'heure. Je me borne à vous faire remarquer, pour le moment, Messieurs, que cette suppression des règles, ainsi que j'ai pu m'en convaincre moi-même, ne survient parfois que lorsque les symptômes sont déjà apparents, et que par conséquent elle ne peut être considérée, au moins dans ces cas, comme cause productrice de la maladie. (*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DE LA PRESSE

De la teinture de chardon-marie dans l'hémoptysie. — Le Dr *Lesenewich* (*Vracheb. Vedom.*, 1882, n° 11) a employé la teinture de chardon-marie dans cinq cas d'hémoptysie chez des phthisiques; il en donnait toutes les deux heures de 15 à 20 gouttes dans une cuillerée à café d'eau. Dans trois de ces cas, où il y avait un début d'induration des sommets, le sang des crachats diminua beaucoup de quantité après six doses, puis il disparut entièrement au bout de deux jours de traitement. On avait employé ce médicament après avoir constaté l'inutilité de la digitale, des acides et de l'ergotine.

Dans les deux autres cas, au contraire, chez des malades qui avaient des cavernes, la teinture du chardon-marie, donnée pendant trois jours se montra complètement inefficace, tandis que l'ergotine, que l'on donna ensuite, arrêta l'hémoptysie en un jour et demi.

Le chardon-marie (*carduus marianus*, *L.*) de la famille des synanthérées, a été beaucoup vanté dans l'hémoptysie par Rademacher et ses élèves; depuis il était oublié. Ses propriétés chimiques et pharmaco-dynamiques sont peu connues. La plante contient un principe amer, qui donne des nausées, des vomissements et d'autres troubles gastriques, lorsque la teinture de racine est administrée à forte dose.

En Russie, ce médicament a été remis en usage par le professeur Laschkewich, de Charkoff, en 1878, et le Vracheb. Vedom. de 1880, n° 444, p. 1867, contient un travail du Dr Shushliabin, de Charkoff,

qui, se basant sur une expérience continuée pendant dix-huit mois, recommande la teinture de chardon-marie à la dose de quarante gouttes à une cuiller à café, plusieurs fois par jour, pour les hémoptysies qui tiennent à un état congestif du poumon.

ACTION DE L'ALOÈS. — D'une longue série d'expériences faites sur l'homme et sur les animaux *Kohn* (*Berl. Klin. Woch*, 30 janvier, 1882) conclut qu'une solution d'aloès employée en injection hypodermique, ne purge pas. On obtient le même résultat avec une injection d'aloïne. Dans un seul cas il y a eu un effet purgatif et c'était chez une hystérique. Après l'administration de l'aloès, il a trouvé de l'inflammation de la partie inférieure de l'intestin, de la congestion des reins, des ecchymoses du péricarde et de la plèvre et souvent l'urine contenait de l'albumine et des tubes graisseux. Kohn en terminant indique la quantité d'aloès nécessaire pour tuer divers animaux. A. CH.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 *août* 1882. — *Présidence de* M. GUÉNIOT.

ABCÈS DU CERVEAU. TRÉPANATION. — *M. Polaillon* lit une observation d'abcès du cerveau évacué par le trépan.

Il s'agit d'un homme, âgé de 40 ans, entré dans son service à la Pitié le 18 avril 1882, malade depuis 20 jours, et souffrant d'une céphalalgie nocturne atroce avec tuméfaction pariétale. Il était soigné par un médecin de Saint-Mandé, qui au moment où il le vit, diagnostiqua une méningo-encéphalite: le pouls était à 42 et les papilles dilatées. Le 25 avril, ce médecin ouvrit une collection purulente profonde située au niveau de la suture fronto-pariétale droite ; il constata une dénudation osseuse, le stylet pénétra à 4 centimètres de profondeur à travers une petite ouverture du crâne, le bras gauche était engourdi et la parole embarrassée.

A l'entrée, on constate un état voisin de la stupeur; les réponses sont lentes mais précises, la mémoire paresseuse, la parole embarrassée, hémiplégie de la face et des membres du côté gauche, sensibilité obtuse mais persistante.

Rétention d'urine, constipation.

Tuméfaction au niveau de la suture fronto-papiétale. Le malade put dire après quelques jours qu'il avait reçu un coup à ce niveau.

Le 23 avril, état voisin du coma. Perceptions retardées. Phénomènes de compression évidents.

Le 25, application d'une couronne de trépan qui permet l'issue d'un pus franchement phlegmoneux; deux jours après, le pus paraissait ne pas bien s'écouler, une 2e couronne de trépan est appliquée et permet l'issue de 60 grammes environ de pus phlegmoneux très épais qui sort à travers une perforation de la dure-mère, le stylet pénètre de 5

centimètres dans la substance cérébrale. L'opération amène du soulagement : un drain et le lavage à la solution phéniquée au 1/20 suffisent à désinfecter la plaie et à assurer le libre écoulement du pus, le drain peut être retiré après deux jours.

Le malade fut emmené par sa famille à ce moment et mourut chez lui le 5 mai. L'autopsie ne put être faite.

SYPHILIS CONGÉNITALE TARDIVE, RAPPORT. — *M. Le Dentu* fait un rapport sur une série d'observations sur ce sujet envoyées par M. Ortega de Buenos-Ayres. Les observations ont trait à cinq enfants d'une même famille, âgés de 12, 8, 6, 4 ans et 18 mois. Le dernier né est pris au troisième jour de sa naissance d'érysipèle de l'ombilic qui laisse après lui des nodosités, à l'âge de 1 mois on constate une roséole et des tubercules cuivrés, et bientôt des plaques muqueuses à l'anus et des fissures aux lèvres. Liqueur de van Swieten. Le petit malade guérit.

Un mois après, sa petite sœur tombe malade, les tibias se gonflent et s'incurvent, les dents sont dentelées (caractère de Hutchinson). Guérison par l'iodure de potassium.

Le frère âgé de 12 ans aurait eu une kératite interstitielle double se terminant par l'opacité complète de la cornée malgré l'atrophie, l'eau chaude, les frictions à l'onguent napolitain. Il y a de plus un gonflement des deux genous. Sous l'influence de l'iodure de potassium, les gonflements des genous disparaissent rapidement, en même temps les cornées s'éclaircissent, il ne reste qu'un léger nuage.

L'enfant de 8 ans aurait eu un coryza chronique à l'âge de 3 ans, les dents présentent les caractères des dents d'Hutchinson.

L'enfant de 4 ans n'a rien.

Un enfant serait mort de bronchite à l'âge de 6 mois, la mère aurait débuté par deux fausses couches de 4 et 6 mois.

On n'a pu trouver la syphilis ni chez le père, ni chez la mère. Le père vers l'âge de 40 ans aurait eu des symptômes de tuberculisation pulmonaire qui ont été promptement enrayés.

On peut citer des cas de syphilis congénitale apparaissant chez les enfants longtemps après celle des parents. Copland en cite après 13 et 18 ans. On en trouve trois cas relatés dans la *France médicale* de cette année. M. Le Dentu fait cependant des réserves sur l'existence de la syphilis chez les derniers enfants dont il a parlé. Cependant la rapidité avec laquelle les lésions ont guéri sous l'influence de l'iodure de potassium pourrait faire pencher en faveur de la syphilis. Il reste néanmoins dans le doute sinon pour le premier enfant du moins pour les autres.

M. Després croit que le plus jeune enfant, le premier cité, a la syphilis; mais il n'en est pas sûr. Quant à la syphilis des autres enfants, elle n'est rien moins que démontrée.

M. Magitot vient encore protester contre la valeur séméiologique qu'on attribue aux caractères des dents pour diagnostiquer la syphilis; ces altérations des dents appartiennent à des affections qui ont le caractère convulsif; elles peuvent coïncider avec la syphilis, mais ne sont pas causées par elles.

M. Horteloup, partage les réserves des précédents orateurs, et fait remarquer que les lésions observées chez les différents enfants se sont montrées dans un ordre précisément inverse de celui qu'on observe d'habitude. Ainsi le dernier né à des manifestations secondaires, tandis que les aînés ont des manifestations tertiaires.

M. Verneuil voit dans les observations de l'auteur les choses les plus variées, dont cependant on a fait un faisceau sans raison suffisante. Il croit que le dernier né a eu une syphilis acquise. Il est souvent difficile de distinguer ce qui appartient à la syphilis congénitale de ce qui appartient à la syphilis acquise; il cite à ce sujet le cas d'un enfant de 16 ans atteint d'une gomme ulcérée au niveau de la tubérosité antérieure du tibia et qui guérit très bien par l'iodure de potassium. Le père avait eu la syphilis, la syphilis de l'enfant était-elle congénitale? Mais l'enfant avait été envoyé en nourrice et perdu de vue pendant trois ans; pendant ce temps il avait été très malade et avait failli mourir : n'a-t-il pas contracté la syphilis de sa nourrice à cette époque? On voit donc que la question est obscure, car cette observation ne prouve rien ni pour ni contre l'existence de la syphilis congénitale.

M. Després saisit l'occasion que lui fournit la relation de M. Verneuil pour dire que les maladies graves de 1 à 7 ans peuvent donner lieu ultérieurement à des accidents gommeux.

Quant aux caractères tirés des dents il est de l'avis de M. Magitot.

M. Verneuil accepte qu'on puisse dire que des maladies constitutionnelles comme la variole, la scarlatine, peuvent donner lieu à des accidents tardifs, tertiaires et quaternaires si l'on veut, quoique ce ne soit pas démontré, mais que l'une de ces maladies donne lieu à des manifestations d'une autre maladie constitutionnelle, que la scarlatine, par exemple, ait pour manifestations tardives des gommes, il le nie.

M. Farabeuf fait l'*historique de la ligature de l'artère linguale* pour rectifier quelques erreurs: il résulte de son mémoire que Ch. Bell est l'auteur du procédé ancien (au-dessus de la grande corne) et que Pirogoff est l'auteur du procédé nouveau (ligature de la linguale dans le petit triangle au-dessus du tendon du digastrique.

M. Reclus lit un travail sur le traitement des anévrysmes artério-veineux par la méthode sanglante.

P. Bazy.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle tenue le 1er août 1882. — Presidence de M. LEGOUEST *(suite)*.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1880 : 1° *Médaille d'or à* : M. le Dr Daga, médecin principal de 1re classe;

2° *Rappel de médaille d'or à* : M. le Dr Pilat, de Lille ;

3° *Médailles d'argent à* : M. le Dr Amat (Louis), aide-major de 1re classe ; M. le Dr Aufrun ; M. le Dr Aren, médecin-major au 19e de ligne; M. le Dr Bos, d'Aurillac ; M. le Dr Fournier, de Soissons ; M. le Dr Vignes, de Tarbes ; M. le Dr Pennetier, de Rouen ; M, le Dr Mignot, de Chantelle (Allier) ; M. le Dr Paris, de Versailles ; M. le Dr Perroud, de Lyon.

4° *Rappel de médailles d'argent à* : MM. les Drs Barbrau, de Rochefort ; Benoist, de Guingamp (2e rappel) ; Daniel, de Brest (3e rappel) ; Pestel, à Saint-Chartier ; Ch. Viry, médecin-major à Aumale; Geraud, médecin-aide-major au 31e d'artillerie ; Prestat, de Pontoise ; Manouvriez, de Valenciennes (2° rappel) ;

5° *Médailles de bronze à* : MM. les Drs Bardy, de Belfort ; Bodélio, de Lorient ; Briouval, d'Oléron ; Decool, de Hazebruck ; Delacour, de Quimperlé ; Giustiniani, d'Ajaccio ; Guibert, de Saint-Brieuc ; Jablonski, de Poitiers ; Diard, de Rambouillet ; Durand, de Marseillan (Hérault) ; Mantel, de Saint-Omer ; Rousseau, de Vouziers ; Malichecq, de Mont-de-Marsan.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS-INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales pendant l'année 1879 :

1° *Médaille d'or à* : M. le Dr Caulet, médecin-inspecteur à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

2° *Médailles d'argent à* : MM. les Drs Billout, médecin-inspecteur de Saint-Gervais (Haute-Savoie) ; Bordes-Pagès, à Aulus (Ariège) ; Achille Bouyer, médecin-inspecteur à Cauterets ;

3° *Rappel de médailles d'argent à* : MM. les Drs Cazalis, de Challes (Savoie) ; Collin, inspecteur à Saint-Honoré (Nièvre) ; Japhet, médecin-inspecteur à Enghien.

4° *Médaille de bronze à* : MM. les Drs Batbedat ; Boudet, à Châteauneuf ; Bourgarel, à Pierrefonds (Oise) ; Coignard, médecin-inspecteur, à Cusset (Allier) ; Dupourqué, Salies de Béarn (Basses-Pyrénées) ; Longuet, médecin-aide-major au 2e spahis ; Regnault (Bourbon-l'Archambault) ; Ernest Renard.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1880. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1,500 *francs à partager entre* : MM. les D[rs] Géraud, médecin-aide-major de 1[re] classe, au 31° régiment d'artillerie, au Mans (Sarthe); Perret (Félix), de Rennes (Ille-et-Vilaine); Weil (Jacob), médecin-aide-major de 1[re] classe au 3° régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne (Marne).

RAPPELS. — M. le D[r] Antony, médecin-aide-major de 1[re] classe au 25° régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne (Marne); M[me] veuve Borie, sage-femme à Alger.

2° *Des médailles d'or à* : MM. les D[rs] Aubert, médecin-major de 2° classe au 2° régiment d'infanterie ; Boivin, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du X° arrondissement ; Longet (E.), médecin-major de 1[re] classe au 93° régiment d'infanterie, à la Roche-sur-Yon (Vendée).

3° *Des médailles d'argent* aux médecins dont les noms suivent et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre des vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou mémoires qu'ils ont adressés à l'Académie : M. Adhéran, à Annonay; MM. Alison, à Baccarat ; Artance, à Clermond-Ferrand; Augé, à Saint-Sernin ; Baillez, à Harnes ; Bancel, à Toul ; Bar (Henri), médecin-major de deuxième classe au 10° de ligne, à Auxonne ; Barbarin, à Briançon ; Bazin, à Saint-Brice ; Benoît (Léopold), à Apt ; Besnier, neuvième arrondissement de Paris ; Bertrand (Léopold), à Elbeuf; Beurnier, à Montbéliard ; Bosc, à Ajaccio ; Bucquoy, médecin-major au 100° de ligne, à Perpignan ; Chalmeilles, à Gourdon ; Cazaban, à Bedeille ; Champreux, à Cintrey ; Chebrou, à Niort ; Dégos, à Mugron ; Dufour, à Esperaza ; Dupérié, à Agen ; Faure-Lacaussade, médecin aide-major de première classe du service des Hôpitaux militaires, à Zemmorah ; De Fleury, à Angoulême ; Fréry, à Belfort ; Galangau, à Arles-sur-Tech ; Genoud, à Thonon ; Geschwind, médecin-major au 6° bataillon de chasseurs, à Romorantin ; Gonnet, à Bois-d'Oingt ; Gravier, à Modane ; Grinda, à Nice ; Guillemaud, à Louhans ; Héraud, à Bourg-d'Oisans ; Lannes, à Nailloux ; Laroche, à Montignac ; Laudren, à Lorient ; Laurens, à Nyons ; Leca, à Coggia ; Lelièvre fils, à Pipriac ; Mahélin, à Bernaville ; Miedzychwska, à Castres ; Missard, à Epinal ; Moaligou, à Quimperlé ; Pagny, médecin aide-major de première classe à l'Hôpital militaire, à La Calle; Patriti, à Brignolles ; Petit, à Longeau ; Phalippou, à Lodève ; Rebullet, à Bourg-Théroulde; Richard, médecin aide-major au 60° de ligne, à Besançon ; Rivairol, à Montauban; Rondeau, à Aigurande ; Sagnier, à la Grand'Combe; Saulgeot, à Beaune ; Silve (Paul), à Digne ; Sortais, à Blain ; Sou-loumiac, à Saint-Genen-Malifaux ; Vantalon, mé-

decin de première classe de la marine, en Cochinchine; Velten, à Versailles; Vignes, à Miélan ; Villard, à Guéret.

NÉCROLOGIE

Le Dr Claude-François-Hermann Pidoux, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, ancien médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, commandeur de la Légion d'honneur, est décédé le 2 août 1882, aux Mureaux, près Meulan (Seine-et-Oise), dans sa soixante-quatorzième année.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Est nommé : *Au grade de chevalier*, M. le Dr Ardouin (Jules-Paolin), inspecteur général du conseil sanitaire maritime et quarantenaire à Alexandrie ; a reçu une médaille pour son dévouement pendant l'épidémie de choléra de 1865. Services exceptionnel rendus pendant la récente épidémie au Hedjaz. Courageux dévouement pendant le bombardement d'Alexandrie.

Faculté de médecine de Paris. — M. L.-G. Richelot, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Richet, commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le samedi 5 août 1882, et les continuèra les mardis et samedis suivants.

Hôpital de la charité. — *Clinique médicale*: Le Dr L. Landouzy, agrégé, suppléant le professeur Hardy à la Charité, commencera le mardi 8 août des conférences de clinique, qu'il continuera le samedi et le mardi de chaque semaine à 10 heures. Visite tous les jours à 9 heures.

Société médicale d'Amiens.— Le concours ouvert en 1881 sur la question de l'*angine de poitrine* s'est terminé par la proclamation de M. le Dr Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), pour la médaille d'or, et de M, le Dr Trépant, de Nesle, pour la mention honorable.

Question mise au concours pour l'année 1882 : *De la grenouillette.*

Question mise au concours pour l'année 1883: *De l'inversion utérine.*

Les mémoires présentant les formes académiques habituelles doivent être envoyés au secrétaire, avant le 1er avril 1883, pour la première question, et le 1er avril 1884, pour la dernière. *Le secrétaire,*

Dr H. Léger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie V.-A. Delahaye et E. Lecrosnier, *place de l'École-de-Médecine.*

Petit guide médical aux eaux de Vals, par le Dr Lafosse, médecin inspecteur des eaux de Vals, etc., in-18. 3 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 15 MARDI 8 AOUT 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

EPILEPSIE, HYSTERIE, NEVROSES

ET MALADIES DU CERVEAU

Sirop de Henry Mure, au BROMURE DE POTASSIUM, dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiés dans les revues scientifiques (*Système nerveux, cerveau et moele épinière*).

Chaque cuillerée du **Sirop de Henry Mure** contient 2 grammes de B MURE DE POTASSI d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 FRANCS

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.
Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une ½ bouteille d'Eau sulfureuse

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses ***transportées***; **produisent au sein de l'organisme l'hydrogène sulfuré et le fer à l'état naissant sans éructations ni troubles d'aucune espèce.**

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris — Pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie — Paris.



LA BOURBOULE

EAU MINÉRALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Chlorurée sodique, bi-carbonatée, arsenicale

(28 millig. d'arséniate de soude par litre)

Un demi verre à trois verres par jour avant pendant les repas.

Régénère les enfants débiles et les personnes affaiblies. *Anémie, Lymphatisme, Affections de la peau et des voies respiratoires, Fievres intermittentes.* Emploi usuel en boisson et en gargarismes contre les *Bronchites* et *Angines*; en bains ... tions pour les *dartres légères, gerçures* ...



LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES

POUR MALADES & BLESSÉS

VENTE ET LOCATION

DUPONT, à PARIS

10, rue Hautefeuille (coin r. Serpente, Bd St-Michel)




OUVERT. FERMÉ.

Fauteuil à explorations.

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohème). GRANDS PRIX : Philadelphie, 1876; Paris, 1878 Sidney, 1879, Melbourne, 1880.

Affections de la VESSIE Gravelle, Coliques Néphrétiques, Calculs, Catarrhe, Cystite, BLENNORRHAGIE, ICTÈRE, GOUTTE, RHUMATISME

GUÉRISON RAPIDE PAR LA LIQUEUR PEPY

à l'**Arenaria Rubra**, Flac. 10 jours traitement 4 f. ...
Thé d'Arenaria Pepy pour le même usage. Prix 2 f. ...
Pilules Pepy à l'Arenaria Rubra. 100 pil. 3 f. ...
PARIS, 78, Bd Strasbourg. Phie TISSERAND, et toutes pharmacies

29e Année. — Tome II. — N° 15 Mardi 8 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

ASILE SAINT-ANNE. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR BALL.

Paralysie générale chez la femme (*Suite*) (1).

Leçon faite par M. le Dr Régis.

Chef de clinique.

Messieurs, la paralysie générale chez la femme a *une marche* beaucoup plus lente que chez l'homme. Les premiers observateurs, et notamment Calmeil, avaient déjà été frappés de ce fait. En effet, les progrès du mal, quelquefois d'une année à l'autre, sont à peine sensibles, ce qui tient non seulement chez elle à l'effacement des symptômes, mais aussi à la rareté relative des complications, accès maniaques et accès congestifs, qui, dans le sexe masculin, précipitent l'allure de l'affection et amènent une terminaison assez rapidement fatale. La période de cachexie ou de marasme, qui commence à l'apparition de l'état gâteux et se termine à la mort, est notamment très abrégée chez l'homme par les accès, surtout épileptiformes, qui la traversent, et dont elle constitue pour ainsi dire le domaine de prédilection. La femme, au contraire, une fois dans les asiles, tombe rapidement dans la période gâteuse; mais arrivée là elle s'arrête et demeure comme incrustée dans cet état de déchéance tranquille et toujours uniforme qui semble ne devoir jamais finir.

On a dit que les rémissions de la paralysie générale étaient plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, et Jung, pour son compte, dit en avoir observé dans un tiers des cas environ. Je crois au contraire que les vraies rémissions ne s'observent guère que chez le dernier, et cela parce qu'il est très fréquemment sujet à ces accès mélancoliques et surtout maniaques dont la disparition, ainsi que l'a fait remarquer M. Baillarger, constitue justement la rémission. Chez la femme, au contraire, ces accès de délire, comme nous l'avons vu, font le plus souvent défaut; aussi, lorsque la maladie se prolonge outre mesure, s'agit-il chez elle d'un état suspensif, d'une immobilisation de l'affection à telle ou telle période, bien plutôt que d'une véritable rémission. On a cité cependant quelques cas dans lesquels il était survenu une amélioration réelle des symptômes, sous l'influence d'une violente hémorrhagie du rectum ou de la matrice, du retour des règles, d'une saignée modérée, ou encore après un accouchement, comme Jung et mon ami M. Doutrebente en ont rapporté chacun un exemple.

(1) Voir *France médicale*, n° 14, p. 157.

Toujours est-il, messieurs, que la marche de la paralysie générale est plus *lente* chez la femme, et qu'à ce titre elle doit être aussi plus *longue*. En effet, bien qu'ici encore il ne soit guère possible de préciser, on peut dire d'une manière générale que la durée moyenne de la maladie est de deux à trois ans chez l'homme, et de trois à quatre ans chez la femme. Les cas de durée véritablement insolite appartiennent en plus grand nombre à cette dernière.

Le *diagnostic* de la paralysie générale chez l'homme est en général facile, la maladie affectant d'ordinaire une forme franche et à symptômes nettement caractérisés; en tout cas, chez lui, c'est surtout avec les formes brillantes de l'aliénation mentale, l'excitation maniaque et la mégalomanie, par exemple, qu'il convient d'établir ce diagnostic. Chez la femme, au contraire, la paralysie générale amoindrie, éteinte, ne se sépare que très imparfaitement des autres démences cérébrales, des ramollissements ; à tel point qu'il est quelquefois très difficile, pour ne pas dire impossible, de l'en séparer. C'est donc, contrairement à ce qui a lieu chez l'homme, avec les formes effacées, frustes, des maladies mentales, que le diagnostic doit être fait chez elle. En principe, donc, messieurs, il faut se défier des paralysies générales survenues trop tardivement chez la femme, aux approches de 60 ans, par exemple. Il s'agit bien plutôt, dans ces cas, de démences organiques s'accompagnant de quelques symptômes physiques. A plus forte raison faut-il être prudent lorsque l'état de démence s'accompagne d'une hémiplégie plus ou moins marquée, l'hémiplégie étant, comme on le sait, exceptionnelle dans la paralysie générale. Je ne cite que pour mémoire la démence sénile, qu'il est le plus souvent facile de séparer de la maladie qui nous occupe en raison de ses caractères particuliers.

En résumé, messieurs, il faut reconnaître que le diagnostic de la paralysie générale chez la femme présente parfois la plus grande difficulté, et qu'on est obligé de le baser souvent sur des signes négatifs, lorsque même on n'est pas forcé de renoncer à l'établir d'une manière positive.

Nous voici arrivés maintenant, messieurs, à la question de *l'étiogie*, l'un des points les plus obscurs de notre sujet. Cela, du reste, ne doit point nous étonner, attendu qu'il en est de même dans les deux sexes en ce qui concerne le mode de production de la maladie. En effet, l'alcool, la syphilis, les traumatismes, le plomb, toutes les causes qui étaient regardées autrefois comme les plus puissantes de la paralysie générale, ne paraissent plus guère aujourd'hui que des facteurs étiologiques sans importance, et on commence déjà, comme je l'ai tenté récemment moi-même pour quelques-unes, à leur refuser le droit de produire autre chose que des pseudo-paralysies générales. C'est à ce point qu'on est presque tenté de croire, en observant

les faits, que la vraie paralysie générale est précisément celle dans laquelle toute cause évidente fait défaut. Comment pourrait-on prétendre dès lors à saisir les véritables origines de la maladie chez la femme?

La plupart des auteurs, frappés de ce fait que la paralysie générale s'observait surtout chez les femmes ayant abusé de la vie, ayant commis plus ou moins d'excès, en ont déduit que la débauche était, dans le sexe féminin, la principale source du mal, et M. J. Falret, résumant d'un mot heureux cette opinion, disait l'autre jour encore que la paralysie générale n'existe pas chez la femme honnête. D'autres auteurs, également nombreux, parmi lesquels je citerai Daveau, Lunier, Baillarger, Doutrebente, etc., donnent la cessation physiologique ou pathologique des règles comme la cause ordinaire de la maladie. La plupart des aliénistes allemands, allant plus loin encore, ont prétendu que la paralysie générale chez la femme était essentiellement une maladie de ce qu'ils appellent le *klimacterium*, c'est-à-dire de l'âge critique. Pour tous ces auteurs, la cessation des menstrues agirait en déterminant du côté de l'encéphale un afflux anormal du sang, des congestions répétées, d'où consécutivement apparition de la périencéphalite chronique. Ces congestions cérébrales liées au klimacterium reconnaîtraient pour cause immédiate, d'après Sander et Krafft-Ebing, un arrêt de l'innervation vaso-motrice, idée conforme aux conclusions de Lubimoff et Schüle dont les recherches microscopiques tendent à prouver que c'est en effet à une hyperhémie neuro-paralytique que sont dus les premiers désordres anatomiques de la paralysie générale. Je crois, pour ma part, qu'on attribue peut-être à la suppression de la fonction menstruelle une influence exagérée sur le développement de la paralysie générale chez la femme, et je serais presque tenté de me ranger à l'opinion de Jung, de Leubus, d'après lesquels la cessation des règles serait le choc léger, mais décisif, qui, chez une femme prédisposée et en état d'oportunité morbide, aurait pour effet seulement de faire trébucher la balance. D'ailleurs, chez certaines femmes paralytiques, les époques continuent à rester normales jusqu'aux dernières périodes, et chez d'autres, ainsi que nous l'avons vu, elles ne cessent que lorsque la maladie est déjà manifeste. Il y a certainement entre le travail morbide qui s'opère au début de la paralysie générale dans le cerveau, et les troubles de la fonction menstruelle observés, une relation évidente. Mais il se pourrait que ceux-ci, loin d'en être toujours la cause, ne fussent, au moins dans certains cas, que la conséquence immédiate ou sympathique de ce travail morbide.

J'en ai fini, messieurs, avec l'exposé, un peu long peut-être, des différences cliniques qui séparent la paralysie chez la femme et chez l'homme. Il ne me reste plus maintenant, après les avoir résumées en

quelques mots, qu'à chercher avec vous la raison probable des principales de ces différences.

Nous formulerons donc, messieurs, les conclusions suivantes :

D'une façon générale, la paralysie générale est moins fréquente chez la femme que chez l'homme. En prenant pour terme de comparaison le chiffre moyen observé chez celui-ci, c'est-à-dire vingt et un sur cent cas d'aliénation, on trouve que la maladie est un peu plus de *cinq* fois moindre chez les femmes prises en bloc que chez l'homme, près de *dix* fois moindre chez la femme des campagnes, *huit* fois environ chez la femme de la haute société, et moins de *trois* fois seulement chez la femme des classes inférieures dans les grandes villes. Allant plus loin dans les détails, on trouve, en opérant dans les mêmes sphères sociales chez les deux sexes, deux femmes des campagnes paralytiques pour trois hommes de la même condition, une femme de la population ouvrière des grands centres pour trois hommes, et une femme seulement de la classe élevée pour près de treize hommes.

Contrairement à ce qui a lieu chez l'homme, l'époque de l'apparition de la paralysie générale chez la femme est des plus irrégulières et il n'est pas rare de la voir survenir soit avant trente ans, soit à près de 60. Son apparition coïncide assez fréquemment avec la suppression de la fonction menstruelle. Elle paraît s'observer plus fréquemment chez les femmes ayant commis des excès bachiques ou vénériens.

La paralysie générale chez la femme débute, en général, d'une façon insidieuse et passe de la période prodromique à la période d'état sans *ictus cérébral*. Quelle que soit sa forme, *démente*, *expansive* ou *dépressive*, elle est surtout effacée, éteinte, comme torpide. Le calme plat qui la constitue est parfois traversé par des orages maniaques d'une durée plus ou moins longue, mais qui prennent le plus souvent le caractère de l'agitation physique. Les complications de toute nature, et en particulier les attaques congestives, y sont plus rares que chez l'homme.

La paralysie générale chez la femme ne progresse que très lentement, sans secousses, sans bruit, par une série de transitions pour ainsi dire insensibles. Quelquefois elle semble s'immobiliser à une période quelconque, surtout à la dernière. Elle se prolonge plus longtemps, sa durée moyenne est de trois à quatre ans.

En raison de l'effacement de ses symptômes, la paralysie générale chez la femme ne se sépare pas très nettement, d'habitude, des autres démences dites organiques. Le diagnostic est souvent difficile, et parfois même reste indécis.

De tous ces faits, il nous faut retenir surtout cette particularité qui

prime les autres, à savoir : que la paralysie générale est *moins fréquente* chez la femme que chez l'homme.

(*La fin au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 11 *mai.* — *Présidence de* M. le professeur B. Ball.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Jouin fait une communication intitulée : de l'action combinée de l'appareil de Jarvis et de la coaptation manuelle dans la réduction des luxations anciennes du coude. (Sera publié.)

M. Launois lit un travail à propos d'un cas de péritonite enkystée traitée par le drainage et les injections antiseptiques. (V. *France méd.* nº 3.)

M. Rendu a pu observer deux cas semblables à celui rapporté par M. Launois et ces observations sont reproduites dans la thèse de M. Gauderon à laquelle il vient d'être fait allusion. Il ne les interprète pas de la même manière que cet auteur ni que le présentateur. Pour M. Rendu, si plusieurs des observations contenues dans la thèse de M. Gauderon se rapportent à la péritonite, d'autres se rattachent à l'histoire des phlegmons sous-péritonéaux.

Pour ne parler que du cas dont il est question en ce moment, il est à remarquer que la matité avec fluctuation strictement limitée à la partie moyenne de l'abdomen, avec conservation de la sonorité dans les parties déclives, en un mot la limitation de la lésion dans la région dite de Retzius n'est pas en faveur de l'hypothèse d'une péritonite.

En ce qui concerne le traitement, tout en reconnaissant les bienfaits du drainage et du pansement antiseptique, M. Rendu a été amené à croire pour ces cas particuliers à la guérison spontanée se faisant en général à la suite d'ouverture de l'abcès soit au niveau de l'ombilic, soit dans la vessie. La pression des viscères abdominaux détermine naturellement l'accolement des parois du foyer purulent et la réparation peut se faire sans opération, du moins dans bien des cas.

Le pronostic de ces phlegmons sous-péritonéaux est en somme meilleur que celui des péritonites.

M. Launois base le diagnostic de péritonite dans le cas qu'il a observé sur ce fait que la matité remontait plus haut que l'ombilic, et cela ne s'observe pas dans les phlegmons sous-péritonéaux qui ne peuvent atteindre l'ombilic à cause des adhérences périombilicales. Quant au traitement par le drainage, il a surtout pour but d'empêcher

les fistules indiquées dans les observations de Gauderon et de hâter la guérison souvent spontanée en effet, mais toujours longue, quand la collection purulente est abandonnée à elle-même.

M. Geffrier a vu dans un cas semblable à celui de M. Launois la guérison survenir après plusieurs ponctions aspiratrices, sans autre opération. N'y aurait-il pas eu lieu d'essayer cette méthode thérapeutique avant de recourir au drainage?

M. Launois. Une première ponction a été faite, mais le pus était trop épais pour qu'il fût permis d'espérer la guérison par des ponctions répétées.

M. Berne communique à la Société trois observations de syphilis infantile. (V. *France méd.* n° 1.)

M. Barthélemy. Les cas de syphilis héréditaire tardive ne sont pas si rares qu'on serait tenté de le croire, et l'on peut assez souvent reconnaître chez l'adulte les traces de l'infection héréditaire par la recherche des cicatrices de la région sacrée, des périostoses, des lésions des os du nez et l'examen attentif des dents et de la langue. A ces signes il faut ajouter l'atrophie des testicules fréquente chez les sujets atteints de syphilis héréditaire et résultant de sarcocèle syphilitique. M. Fournier insiste beaucoup sur ce phénomène. Il existe chez deux malades actuellement dans son service, âgés de 15 et 17 ans et atteints de nécrose des os du nez, avec perforation de la voûte palatine, lésions qui peuvent être rapportées à une syphilis héréditaire tardive.

Les malades observés par M. Berne étaient-ils atteints d'atrophie testiculaire?

M. Berne a constaté cet état particulier du testicule, sans en connaître la signification.

M. Walther lit une observation d'*épiplocèle sphacélée.* (V. *France méd.* n° 6.)

M. Valude rapporte un cas de collapsus par lavement phéniqué dans le cours d'une fièvre typhoïde. (V. *France méd.* n° 7.)

M. Rendu fait fréquemment usage de lavements phéniqués à plus forte dose que celle indiquée par M. Valude et n'a jamais eu d'accidents. Les phénomènes de collapsus signalés par M. Valude ne peuvent néanmoins être rattachés à une autre cause qu'à l'empoisonnement par l'acide phénique. Il y a donc lieu de n'user de ce médicament qu'avec précaution.

M. Dieterlin fait une communication intitulée : Gangrène du membre inférieur par thrombose de l'artère poplitée consécutive à une contusion sans plaie des téguments. (V. *France méd.*, t. I, n° 72.)

M. Nicaise. Les faits d'écrasement des artères avec rupture de la tunique interne sans rupture de la tunique externe sont rares. J'ai eu l'occasion d'observer cette lésion chez un homme apporté à Bicêtre

avec une contusion profonde d'un membre inférieur par passage d'une roue de voiture, contusion ayant déterminé une anesthésie de ce membre avec suppression des battements artériels. Pensant à une rupture artérielle, je voulus pratiquer l'amputation du membre, mais le malade s'y refusant, je me contentai de faire la ligature de l'artère fémorale. Le membre se momifia et au bout d'une quinzaine de jours se sépara de la cuisse. Je pus alors constater qu'il n'y avait pas de rupture artérielle complète, mais simple rupture avec recoquillement de la tunique interne avec thrombose et oblitération de l'artère.

Cette observation suivie de guérison a fait le sujet de la thèse d'un de mes élèves M. Decaye. Des cas analogues ont été rapportés par Broca et M. Pozzi qui, comme moi, avaient porté le diagnostic d'une rupture artérielle qui n'existait pas. Les observations de ce genre présentent donc un grand intérêt.

M. Rendu rapporte un cas d'érysipèle viscéral terminé par la guérison. (V. *France méd.*, t. I, n° 73.)

M. Lacaze, en son nom et au nom de M. Geffrier, lit une observation d'abcès rétro-pharyngien. (V. *France méd.* n° 10.)

M. le président faisant valoir le grand nombre des candidatures au titre de membre de la Société clinique, propose de porter de quatre à huit le nombre des places pour l'élection prochaine.

Cette proposition est adoptée sans discussion.

La séance est levée à 10 heures.

Les secrétaires des séances,
H. BARTH et P. MERKLEN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX DE L'ACADÉMIE.

Proposés pour l'année 1882.

Question : *Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale.* Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question : *Le tubercule est-il de nature parasitaire?* Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — Question : *Paralysies et contractures hystériques.* Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question : *De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants.* Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — (Voyez plus haut les conditions du concours). Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR GODARD. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DESPORTES. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. HENRI BUIGNET. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DAUDET. — Question : *Du Lymphadénome*. Ce prix de la valeur de 1,500 francs.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — Question : *Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantile, le travail de la première dentition.* Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME VERNOIS. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Il sera de la valeur de 800 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR STANSKI. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant de ces deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables (extrait du testament). Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR HUGUIER. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirur-*

gical de ces affections (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers, et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé. Il sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER. — *Extrait de la lettre du fondateur :* « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. » Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX FONDÉ PAR M. ET MADAME SAINT-PAUL. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement, qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

FONDATION AUGUSTE MONBINNE. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

NOTA. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1884 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1883. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Huguier, Desportes, Buignet, Amussat, Vernois, Saint-Paul et Stanski, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

BIBLIOGRAPHIE

Note sur le diagnostic des coliques hépatiques par le Dr *J. Cyr*, médecin-inspecteur adjoint à Vichy, in-8°, 15 pages, Paris, F. Malteste et Ce, 1882.

M. Cyr a noté particulièrement neuf cas dans lesquels des coliques hépatiques calculeuses ont été prises pour des crises gastralgiques simples, pour des hépatalgies non calculeuses, ou même pour des névralgies intercostales, mais il a constaté cette méprise dans un bien plus grand nombre de cas, parmi les malades de son service de l'hôpital thermal de Vichy.

Une des raisons pour lesquelles les coliques hépatiques sont souvent méconnues, c'est que la maladie, examinée dès son début, à la période prodromique, peut se traduire par ce qu'on appelle des crampes d'estomac.

Dans la lithiase biliaire, les trois principaux points douloureux sont: le point épigastrique, le point hépatique ou cystique et le point dorsal. Les points scapulaire, splénique et abdominal manquent souvent et même ils peuvent induire le médecin en erreur, si le malade leur donne une importance capitale aux dépens des autres.

L'augmentation du volume du foie est un élément important du diagnostic, mais M. Cyr a trouvé le foie plus souvent *normal* qu'augmenté de volume, du moins dans les intervalles des crises. C'est donc à tort que l'on a signalé la fréquence de l'augmentation du volume du foie dans la lithiase biliaire ; il en résulte que ce signe faisant souvent défaut, le médecin est porté à méconnaître cette affection ou en écarte la possibilité.

A tort de même on ne pense pas au foie tant que l'ictère n'a pas encore paru ; il faut se rappeler que la bile paraît dans les urines longtemps avant qu'on ne trouve d'ictère conjonctival ou cutané.

M. Cyr formule en une phrase la pensée qui a inspiré ce travail. Des douleurs vives, survenant sous forme de crise paroxystique, ayant leur siège à l'épigastre ou un peu à droite, avec ou sans retentissement lombaire, et affectant une certaine périodicité, doivent faire soupçonner la lithiase biliaire si aucun symptôme ou signe concomitant n'est de nature à infirmer ce diagnostic. A. Ch.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 31 *juillet au* 5 *août.*

Diéterlin. De l'accouchement naturel chez les primipares. — De Meymar. Phlegmon diffus. — Sartre. Traitement des abcès chauds par l'incision limitée avec injections d'alcool. — Wuillamier. De l'épilepsie hémiplégique infantile. — Joubert. Contribution à l'étude des plaies com-

pliquées de hernies musculaires. — GALIBERT. Contribution à l'étude du traitement des ruptures traumatiques de la portion bulbàire de l'urèthre. — HÉON. De la névralgie circonflexe. — SAMANOS. Rechutes du rhumatisme articulaire aigu après le traitement par le salicylate de soude. — BROQUIÈRE. Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale. — MATHIEU. Des démangeaisons considérées comme symptômes du mal de Bright. — LEBRUN. Contribution à l'étude de la sclérose pulmonaire dans certaines lésions cardiaques. — NOLAIS. Etude sur les pleurésies hémorrhagiques. — DEDET. Contribution à l'étude du purpura hémorrhagique des pays chauds, et de ses rapports avec l'intoxication palustre. — BILLON. Etude clinique sur les accès de fièvre palustre survenant après l'accouchement. — COLOWITCH. Etude clinique de la paralysie générale chez la femme. — LOVERDO. Des fractures du plancher dle'orbite siégeant surtout au niveau du trou sous-orbitaire. — BLANCHARD. Observations de mal perforant indiquant le début d'une affection spinale. — BEAUDET. Contribution à l'étude de la gangrène des membres dans les affections cardiaques. — GARRAUD. Etude sur le diagnostic des prétendues fausses grossesses. — FRAISSE. Etude sur la disjonction de la symphyse pubienne dans l'accouchement. — LESDOS. Contribution à l'étude de l'hémothorax d'origine traumatique. — MARGERY. Localisation pulmonaire dans le rhumatisme aigu.—DELCROIX. De la tétanie. — MALHERBE. Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde.

NÉCROLOGIE

On annonce la mort de M. le Dr GOZE, médecin principal de l'armée, en retraite, officier de la légion d'honneur. Le Dr Goze a appartenu au corps de santé militaire pendant 44 ans de 1820 à 1864.

Le Dr POURRAT, de Colombes, (Seine), vient de mourir.

O Correio medico de Lisboa nous annonce la mort d'un éminent chirurgien portugais JOSE LOURENÇO DE LUZ, professeur directeur de l'école de médecine et de chirurgie de Lisbonne.

Jose Lorenço de Luz a fondé le premier journal de médecine qui se soit publié à Lisbonne, le journal de la Société des sciences médicales, auquel il a donné un grand nombre d'articles.

J. L. de Luz est mort le 13 juillet, un discours a été prononcé sur sa tombe par le directeur actuel de l'école, le Dr Thomaz de Carvalho.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie*, vacantes au 1er janvier 1883 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 10 octobre, à 4 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au jeudi 28 du même mois inclusivement.

— *Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie* des hôpitaux et hospices, et la *nomination aux places d'élèves internes*, année 1882.

L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 9 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au samedi 23 septembre inclusivement.

Faculté de médecine de Paris. — Le service de la bibliothèque est organisé de la manière suivante pendant les vacances :

Du lundi 7 au lundi 14 août 1882, la bibliothèque restera fermée; du 15 août au 15 octobre inclusivement elle sera ouverte trois fois par semaine, les mardis, jeudis et samedis, de midi à quatre heures. Il n'y aura pas de service du soir.

Inspection médicale des écoles de Lyon. — Au mois de décembre 1882, il sera ouvert un *concours* public pour une place de médecin-inspecteur des écoles communales de Lyon?

Quand serons-nous sur ce point aussi avancés à Paris qu'à Lyon?

Bulletin de la mortalité *du 27 juillet au 3 août* 1882. — Fièvre typhoïde, 31, — Variole, 11. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 38. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 46. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 75.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 54.

Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 35. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 82; au sein et mixte, 46; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 65; l'appareil circulatoire, 47 ; l'appareil respiratoire, 54; l'appareil digestif, 51 ; l'appareil génito-urinaire, 17; la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 4. — Nombres absolus de la semaine, 929.

Résultats de la semaine précédente : 925.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

Vingt-Neuvième année — Tome II. N° 16 Jeudi 10 Aout 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. Delahaye et E. Lecrosnier
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 16. Jeudi 10 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 9 *Août* 1882.

L'Académie a décidé qu'elle ne tiendrait pas de séance mardi prochain 15 août, en souvenir de l'enlèvement miraculeux de la Sainte Vierge, et même, pour mieux marquer ce mémorable événement, au lieu de reporter sa séance un peu plus tôt ou un peu plus tard comme cela se faisait d'habitude quand elle ne pouvait avoir lieu le jeudi, l'Académie a jugé préférable de ne pas siéger de toute la semaine. Bénissons la divinité qui donne aux journalistes ce repos inattendu.

Ce n'est pas que l'Académie abuse des vacances; les académiciens sont peut-être moins nombreux qu'en temps ordinaire, mais les communications ne le sont pas moins. Une scène amusante s'est passée hier. En entrant à l'Académie, M. Hardy trouve à la porte une jeune Espagnole de 17 ans et sa mère qui lui demandent d'être présentées. La jeune fille porte sur divers points du corps des taches pigmentaires qu'elle exhibe de la meilleure grâce du monde. Après la présentation, M. Hardy annonce que la jeune Espagnole se tient dans la bibliothèque à la disposition des académiciens qui voudront examiner toutes les taches dans tous les endroits où elles peuvent exister.

M. Depaul croit reconnaître dans cette personne la tigresse de la foire de Neuilly; en tous cas il ne serait pas surpris de voir, lors de la prochaine foire aux pains d'épices, une baraque renfermant ce phénomène avec la mention qu'il a été présenté à l'Académie de médecine par M. le professeur Hardy. Paul Dubois et Dupuytren ont déjà été pris de la sorte et ce n'est peut-être pas seulement dans l'intérêt de la science que cette jeune fille tient tant à se montrer ainsi.

M. Aug. Voisin a déjà fait sur la température cérébrale des recherches qui ont paru dans nos colonnes. Il s'est basé sur ces recherches et sur divers autres phénomènes pour arriver à localiser le siège de la tendance au suicide et, dans une communication pleine d'intérêt, il montre que l'idée du suicide et l'impulsion au suicide sont cantonnées dans un territoire de l'écorce cérébrale correspondant à la région bregmatico-iniaque et situé dans les parties moyennes et internes des hémisphères cérébraux.

Un jeune et très distingué chirurgien des hôpitaux, M. Felizet, a été amené depuis six ans à faire des recherches sur le diabète. Il a été conduit à instituer un traitement des plus rationnels et des plus efficaces. M. Felizet pense que la nature nerveuse évidente de cette maladie se rattache surtout à la région du bulbe voisine du pneumogastrique; il traite ses malades par les bromures et il en obtient de

remarquables succès. Il est regrettable que cette fort intéressante communication ait dû être écourtée à cause de l'heure avancée de la séance.

M. Polaillon, chargé d'un rapport sur un travail de M. Daniel Mollière, de Lyon, sur les réductions des luxations anciennes de l'épaule par la section sous-cutanée des brides, a lui-même pratiqué trois fois et avec succès cette opération. Il présente un malade déjà âgé opéré par cette méthode et avec plein succès.

A. Ch.

Abcès périnéphrétique datant de six semaines, large incision. Guérison en quinze jours.

Par le Dr Augé (de Pithiviers).

Mme Th..., âgée de 40 ans, blanchisseuse, demeurant à Pithiviers (Loiret) a une constitution robuste. Elle n'a jamais eu d'autre affection qu'une arthrite de l'articulation tibio-tarsienne du pied droit, arthrite survenue à l'âge de 15 ans, et terminée par ankylose. Il en est résulté une gêne notable dans la marche ; Mme Th... ne peut poser ce pied d'aplomb sur le sol; elle marche sur la pointe du pied. Malgré cette infirmité, elle s'est toujours livrée à son travail de blanchisseuse, soulevant de pesants fardeaux et portant sur ses épaules de lourdes charges de linge.

Réglée à 18 ans, ses menstrues se sont établies d'une façon régulière et ont toujours paru chaque mois sans douleurs, jusqu'à ces dernières années.

A l'âge de 25 ans, elle accoucha d'un enfant bien conformé. La grossesse et l'accouchement furent normaux.

De 45 à 48 ans, elle a éprouvé des pertes assez abondantes survenant tantôt à la suite des règles, tantôt au milieu du mois.

Depuis deux ans la malade n'est plus réglée, et n'a pas eu de nouvelle métrorrhagie. A partir de cette époque, Mme Th... ressentit des troubles dyspeptiques consistant en anorexie, pyrosis, vomissements, pituites, etc.

Le 2 novembre 1881, en levant le bras pour tendre son linge, elle éprouva, à la région lombaire du côté droit, une douleur violente qui s'irradia dans l'hypochondre et le flanc du même côté. Cette douleur persista jusque vers le 15 novembre, et, malgré ses souffrances, Mme Th... continua à vaquer à ses occupations.

Dans la nuit du 17 novembre, elle ressentit dans le sein droit une douleur très vive, douleur lancinante, qui dura 5 heures sans diminuer d'intensité jusque vers le 15 décembre; les douleurs continuent très intenses, occupant la paroi postérieure droite du tronc, l'hypochondre et le flanc du même côté, s'irradiant jusque dans le sein cor-

respondant et enlevant tout sommeil à la malade. Ce n'est qu'en pratiquant des injections hypodermiques de morphine que l'on peut lui procurer quelques heures de repos. La peau était chaude, le pouls petit, irrégulier, fréquent; la langue sèche ; la soif continuelle; l'appétit avait disparu, les garde-robes étaient rares; les urines peu abondantes, foncées en couleur, briquetées, ne contenant ni albumine ni sucre. Des frissons irréguliers se manifestèrent.

Vers le 15 décembre, la paroi postérieure du tronc, au niveau du rein droit, commença à présenter une saillie arrondie, sémi-globuleuse, d'une largeur de 12 à 15 centimètres avec un léger œdème de la peau, de l'empâtement et de la rénitence.

Le 19 décembre, la peau présente une teinte rosée ; la fluctuation n'est pas perceptible, mais il est évident qu'il s'est formé une vaste collection purulente.

Avec un bistouri droit, je fais au centre de la tumeur une ponction de trois centimètre environ de profondeur, qui donne issue à un flot de pus crémeux. Avec le bistouri portée sur la sonde cannelée, j'agrandis l'ouverture en haut et en bas dans l'étendue de huit centimètres. Le pus qui s'écoule remplit un vase de la contenance de trois litres.

Par des pressions modérées exercées sur la peau, je vide le foyer. Le doigt, introduit dans l'ouverture, contourne le rebord des côtes en haut. En bas et en avant, il ne peut atteindre les limites de la cavité.

Après avoir lavé la peau avec de l'eau phéniquée au vingtième, j'applique une compresse de tarlatane pliée en huit, imbibée de la même solution, recouverte d'un taffetas gommé et d'une épaisse couche d'onate, Je maintiens le pansement avec un bandage modérément serré, et je prescris des potages, de l'eau vineuse et un grog pour la journée.

Pendant deux à trois jours seulement, il s'écoula une notable quantité de pus. Puis la suppuration diminue rapidement; les bords de la plaie diminuent également d'étendue. Au bout de peu de temps, la suppuration cessa.

Enfin quinze jours après l'opération, la cicatrisation était complète. Aucune complication ne vint entraver cet heureux résultat.

Le sommeil, à partir du 19 décembre, reparut sans être provoqué, sans aucune médication; l'appétit se fit sentir et je pus cesser de donner mes soins à la malade dans les premiers jours du mois de janvier.

Dans le courant de janvier, Mme Th. commençait à vaguer aux soins de son ménage. Depuis elle a repris ses occupations.

La vaste étendue du foyer pouvait faire craindre que la guérison se fit longtemps attendre; les grandes incisions paraissent donc bien

indiquées en pareil cas, sans qu'il soit utile de recourir aux drains et aux injections phéniquées, ni au pansement complet de Lister.

Il est vrai que nous opérions presque à la campagne, c'est-à-dire, dans des conditions bien plus favorables que dans une grande ville.

Obtiendrait-on une guérison aussi rapide avec une petite incision, suivie d'un drain placé debout et court, ainsi que le conseille M. le Dr Richelot, pour tous les abcès aigus en général?

C'est là une question que nous n'osons trancher et que nous soumettons à l'appréciation de nos honorables et savants confrères.

ASILE SAINT-ANNE. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR BALL.

Paralysie générale chez la femme (*Suite et fin*) (1).

Leçon faite par M. le Dr Régis.

Chef de clinique.

Quelles sont les raisons de ces particularités? A mon avis, il n'y a pas lieu de s'étonner outre mesure de ce que la paralysie générale est moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Il en est de même, en effet, pour toutes les affections organiques du cerveau, et notamment pour l'hémorrhagie cérébrale. Il n'en reste pas moins à expliquer pourquoi justement les affections organiques des centres nerveux, y compris la paralysie générale, sont moins fréquentes chez la femme.

Une des raisons les plus plausibles que l'on ait données à cet égard, c'est que la menstruation chez la femme semble être un flux providentiel qui la préserve des maladies inflammatoires du cerveau. MM. Baillarger, Lunier, Doutrebente ont surtout insisté sur ce point, en faisant remarquer, comme preuve à l'appui, qu'après l'âge critique la différence de fréquence de la maladie dans les deux sexes paraissait s'effacer. Cette dernière proposition n'est peut-être pas exacte, mais il n'en est pas moins vrai que la menstruation semble exercer effectivement chez la femme une action dérivative, salutaire, et la meilleure preuve qu'on puisse en donner, c'est que dans bon nombre de cas les affections cérébrales, et notamment la paralysie générale, suivent de près la disparition, soit physiologique, soit pathologique, de cette fonction; absolument comme chez les hémorrhoïdaires, où l'on voit fréquemment la paralysie générale succéder à la suppression de leur flux pour ainsi dire préservatif. Il convient toutefois, messieurs, et je vous en ai donné plus haut les raisons, de ne point s'exagérer l'influence morbide de cette cessation des menstrues.

(1) Voir *France médicale*, n° 14 et 15, p. 157 et 179.

D'autres auteurs, dont Neumann, expliquent la préférence marquée de la paralysie générale pour le sexe masculin, par ce fait qu'elle est le résultat d'un épuisement sexuel, et que l'acte vénérien absorbe beaucoup plus l'homme que la femme. Il est fort difficile, comme bien vous pensez, de s'assurer dans la pratique de l'exactitude de cette assertion. Je ne crois pas, cependant, qu'elle réponde à la majorité des faits. Je ne signalerai que pour mémoire l'opinion de certains écrivains qui prétendent que le peu de fréquence de la paralysie générale chez la femme n'est qu'apparente, et provient de ce que beaucoup de cas passent inaperçus ou sont mis à l'actif d'autres affections plus ou moins analogues. A supposer même que le nombre des cas non reconnus fût encore plus grand qu'il ne l'est en réalité, cela n'expliquerait jamais la différence si grande que l'on constate entre les deux sexes.

Il y a certainement une autre raison qui reste à trouver.

Les auteurs sont tout aussi peu d'accord, messieurs, pour expliquer la rareté si curieuse de la paralysie générale dans la classe élevée des femmes, alors qu'elle est relativement assez commune dans les inférieures.

On prétend généralement que la femme du monde, dont la vie est plus douce, plus facile, plus heureuse, et qui n'a pas journellement à lutter contre les nécessités de la vie, est moins exposée aux atteintes de la paralysie générale que la femme du peuple, qui partage, elle, toutes les préoccupations et tous les tourments de son mari. On a fait également remarquer que les filles publiques, abandonnées à la débauche et à la boisson, y étaient plus fréquemment exposées ; d'où l'on a conclu que les fatigues, la misère, la lutte pour l'existence, et surtout l'intempérance et l'inconduite, étaient les causes les plus fréquentes de la paralysie générale dans le sexe féminin, renouvelant ainsi l'idée de Sénèque, qui disait déjà des femmes de Rome : « Beneficium sexus sui vitiis perdiderunt et quia feminam exuerunte damnatæ sunt morbis virilibus. »

Assurément, il faut convenir, messieurs, que le passé des femmes paralytiques n'est pas toujours absolument irréprochable, et que la plupart ont, comme on dit, rôti le balai ; mais il en est d'autres, en revanche, auxquelles on peut rendre cette justice qu'elles sont vierges de tout véritable excès. D'ailleurs, s'il est une femme au monde qui partage les fatigues de son mari, ses privations, sa misère, son rude labeur, c'est la femme des campagnes, qui comme lui travaille péniblement la terre, exposée aux brûlantes ardeurs du soleil. Or la femme des campagnes, pour si fatigante et si misérable que soit son existence, ne devient pas paralytique. D'autre part, si le travail anxieux, les inquiétudes, les soucis, les excès de toute sorte, les veilles prolongées, le surmenage en un mot, sont les vraies causes de la

paralysie générale chez la femme, croit-on que c'est surtout chez la femme du peuple qu'on trouve ces causes réunies?

Pour ma part je crois qu'on se trompe. En effet, si nous examinons ce qui se passe chez l'homme, nous voyons que c'est principalement dans les professions libérales, chez l'élite de la société, que la paralysie générale fait ses plus nombreuses victimes et exerce ses plus grands ravages : chez les médecins, les avocats, les hommes de politique ou d'affaires, les artistes, les savants, c'est-à-dire chez ces gens qui travaillent de leur cerveau, qui surmènent leur facultés, qui s'excitent et s'épuisent en efforts intellectuels continus. Or, si ces conditions si favorables au développement de la paralysie générale se trouvent réalisées quelque part dans le sexe féminin, ce n'est assurément pas chez la femme du peuple, dont le corps seul travaille, c'est chez la femme des classes élevées de la société. C'est bien cette dernière en effet qui se fatigue, se surmène, prolonge ses veilles, se dépense en fêtes et en plaisirs, qui vit dans un état d'excitation perpétuelle, dans une atmosphère fatigante et surchauffée, sans parler de ses excès de table, et parfois même de ses débauches qui pour être plus ignorées n'en sont pas moins réelles, et se doublent encore d'angoisses pénibles, d'appréhensions et de remords. Le surmenage existe là souvent, et cependant la paralysie générale y est pour ainsi dire inconnue.

Mais allons plus loin, messieurs, dans cette analyse. Il existe une catégorie de femmes, qui tend à s'accroître de jour en jour, dont la vie est en tout semblable, non pas à celle de tous les hommes, mais précisément à celle des hommes qui succombent le plus fréquemment à la paralysie générale. Ces femmes, plus nombreuses qu'on ne le croit, sont les femmes qui, dédaignant les soins paisibles du ménage, usent leur vie dans une activité intellectuelle qui ne leur laisse ni trêve ni repos. Ce sont les femmes auteurs, les femmes artistes, les femmes poètes, qui écrivent, publient, dirigent des journaux, jouent à la Bourse, font des conférences, s'agitent et se démènent, en un mot, dans ces tourments de l'esprit qui conduisent l'homme à la maladie. Or ces femmes ne succombent pas, ou si elles sont atteintes de quelque affection, c'est surtout d'une névrose, et celle-ci est presque toujours l'hystérie.

La névrose, l'hystérie, voilà donc qu'elle serait le lot de la femme qui fatigue son système nerveux et, en effet, je crois que c'est dans cette prédisposition spéciale qu'on peut trouver le mot de l'énigme que nous cherchons.

Je crois, toutes réserves faites des exceptions, que l'homme et la femme ont deux tempéraments essentiellement opposés. L'homme est ce qu'on pourrait appeler un *cérébral*, qualité qu'il doit peut-être au plus grand volume et à l'activité plus puissante de son cerveau.

La femme, elle, est essentiellement une *nerveuse*. De là une tendance pathologique bien différente dans les deux sexes. Lésés tous deux dans leur système nerveux, l'homme suit de préférence une direction cérébrale, la femme marche vers la névrose. Ce fait est connu de tous, et les médecins allemands ont particulièrement insisté sur cette prédisposition du sexe masculin aux affections idiopathiques dégénératives, et du sexe féminin aux troubles purement sympathiques du système nerveux.

Ces deux tempéraments et ces deux tendances étant admises, voyons, messieurs, comment ils se comportent dans les divers milieux de la vie sociale. Chez les gens de la campagne, la prédisposition aux affections du système nerveux reste latente faute d'aliments, et c'est pourquoi chez eux la paralysie générale existe à peine, comme l'hystérie. Dans la classe ouvrière des villes, les conditions de vie ne sont plus les mêmes ; le système nerveux, chez l'homme et chez la femme, s'y trouve parfois excité et subit déjà certaines influences nocives : aussi y observe-t-on déjà fréquemment les affections organiques et la paralysie générale chez l'homme, l'hystérie surtout chez la femme. Enfin, c'est particulièrement dans les classes élevées de la société que le système nerveux dans les deux sexes est soumis aux ébranlements les plus répétés et les plus violents ; aussi est-ce là le terrain de prédilection, et pour ainsi dire le triomphe de la paralysie générale et de l'hystérie.

Il faut donc penser, messieurs, que si la paralysie générale est moins fréquente chez la femme, cela tient uniquement à la nature de son tempérament, qui la prédispose de préférence aux névroses, et qui fait d'elle une *hystérique* dans les conditions où l'homme devient, lui, un *paralytique général*: opinion qui se rapproche, dans une certaine mesure, de l'hypothèse émise par Kornfeld.

La règle me paraît là, messieurs, et les exceptions dont les causes nous échappent, pour si nombreuses qu'elles paraissent, ne peuvent la détruire. Sous l'influence de conditions spéciales d'hérédité, de milieu ou même d'excès, qu'il reste encore à préciser, la femme verrait donc se modifier ses dispositions naturelles, et elle deviendrait paralytique comme l'homme devient peut-être hystérique, par une sorte d'infraction aux lois qui régissent son évolution pathologique.

MEMENTO PRATIQUE

—

De l'administration de l'iodure et du bromure de potassium. — Le Dr G. *Seguin* (Union médicale) a fait des recherches comparatives : 1° avec une solution de ces sels dans l'eau simple ; 2° par l'injection de la solution saline, vingt ou trente minutes après le

repas, quand l'estomac est rempli d'aliments; 3° avec les sels en solution dans une eau alcaline.

Parmi les avantages que l'auteur trouve à l'emploi de cette eau alcaline, l'eau de Vichy naturelle ou artificielle, par exemple, le premier est de réduire à son minimum l'irritation de la muqueuse stomacale, causée par l'iodure ou le bromure, le second, de masquer le goût désagréable de ces sels.

De même, le salicylate de soude est facilement administré par ce procédé; sa saveur est complètement masquée et son absorption est plus rapide.

PRÉPARATIONS A BASE DE COCA. (Erytroxylon coca. (Erytroxylées.) Voici quelques formules empruntées au fascicule récemment publié par la Société de pharmacie de Paris,

1° Tisane.

Feuilles de coca...............	10	grammes.
Eau bouillante................	1000	—

Faites infuser en vase clos et passez.

2° Vin de coca.

Feuilles de coca concassées....	30	grammes.
Alcool à 60 degrés............	60	—

Faites macérer pendant vingt-quatre heures; ajoutez

Vin de Lunel................	940	grammes.

Laissez en contact pendant dix jours, en ayant soin de remuer souvent; filtrez.

3° Elixir de coca.

Feuilles de coca concassées....	100	grammes.
Alcool à 60 degrés............	600	—

Laissez en contact dix jours; exprimez fortement; mêlez le liquide à

Sirop de sucre...............	400	grammes.

Filtrez.

4° Sirop de coca,

Feuilles de coca..............	100	grammes.
Eau bouillante................	1000	—

Après vingt-quatre heures d'infusion, exprimez; filtrez le liquide sur du sucre et faites un sirop dans les proportions de 100 (colature) à 190 (sucre).

GRANULES DE DIGITALINE CRISTALLISÉE (ou autres granules).

Digitaline cristallisée.............	0 gr. 025
Sucre de lait pulvérisé............	4
Gomme arabique pulvérisée........	0,90
Sirop de miel.....................	Q. S.

Triturez longtemps la digitaline dans un mortier de porcelaine avec le sucre de lait, et faites 100 granules argentés contenant chacun 1/4 de miligramme de digitaline.

On pourrait employer cette autre formule, qui nous a toujours bien réussi :

Digitaline (ou autre alcaloïde)..........	0,020
Sucre de lait..........................	1,20
Carmin...............................	0,01
Gomme arabique pulvérisée............	0,25
Glycérine............................	V gouttes.

F. s. a. 60 granules.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 *août* 1882. — *Présidence de* M. Gavarret.

La *Correspondance officielle* comprend une lettre de M. le ministre des affaires étrangères, transmettant les résultats de l'enquête faite par notre ambassadeur à Berlin, M. Chodron de Courcel, sur les résultats heureux de la vaccination obligatoire en Allemagne.

La *Correspondance non-officielle* comprend : 1° une lettre de M. le professeur Potain se portant candidat dans la section de médecine; 2° une lettre de Mme veuve Louis offrant à l'Académie un legs de mille francs de rente destiné à fonder un prix de thérapeutique; 3° un mémoire manuscrit de M. le Dr Marquez, sur l'emploi des cautérisations ponctuées dans le traitement des affections des voies respiratoires; 4° un travail de M. le Dr Dubreuil (de Jouy-en-Josas) sur l'allaitement artificiel.

M. Gavarret présente de la part de MM. de Wecker et Masselon un nouvel *astigmomètre*.

M. N. Gueneau de Mussy présente au nom de M. le Dr Ernest Hart, de Londres, candidat au titre de membre correspondant étranger, deux travaux sur le vaccin de génisse et sur l'influence du lait sur la propagation des maladies zymotiques.

M. Dujardin-Beaumetz, invité par M. le président, lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Pidoux.

Nævi pigmentaires poilus. — *M. Hardy* présente à l'Académie une jeune fille espagnole de 17 ans, portant sur de nombreux points du corps des nævi couverts de poils noirs et drus, particulièrement sur la face, sur les bras, sur les cuisses et sur le dos.

Ce fait n'est pas unique dans la science. Alibert raconte l'histoire d'une jeune fille qui portait sur le ventre une large plaque couverte de poils semblables ; elle se maria sans en prévenir son fiancé, mais le soir de ses noces le mari fut tellement surpris de cette particula-

rité de sa femme, qu'il demanda immédiatement le divorce et l'obtint.

La mère présente sur le bras une tache pigmentaire non velue mais semblable d'ailleurs aux taches de sa fille ; il y a donc là une influence héréditaire; si les taches se multiplient dans la même proportion chez les enfants que peut avoir cette jeune fille, M. Hardy prévoit l'époque où ses descendants auront l'aspect des animaux les plus velus.

M. Depaul demande à M. Hardy si cette jeune fille est la même que la tigresse que l'on voyait récemment à la foire de Neuilly. Il est probable qu'à la prochaine foire des environs de Paris cette jeune fille se montrera dans une baraque sur laquelle on annoncera qu'elle a été présentée à l'Académie de médecine par M. le professeur Hardy.

Paul Dubois et Dupuytren ont déjà été pris de la sorte.

M. Hardy avoue qu'il ne connaissait pas cette jeune fille et qu'on lui a demandé de la présenter comme il entrait à l'Académie.

De l'hospice des enfants-assistès. — *M. Bouchardat* a écouté avec beaucoup d'intérêt la lecture du travail de M. Parrot sur l'emploi du lait d'ânesse chez les nouveau-nés. M. Bouchardat signale les rapports du lait d'ânesse et du lait de femme ; il trouve ces résultats très beaux ; peut-être, cependant, faut-il faire quelque réserve. Il se peut, comme M. Parrot lui-même l'a déjà laissé soupçonner, que le lait d'ânesse ne puisse être utile que chez les enfants nouveau-nés et que plus tard le lait de chèvre soit préférable. C'est, d'ailleurs, à l'expérience à décider sur ce point.

De la folie-suicide. — *M. Aug. Voisin.* Les idées de suicide chez les aliénés sont liées à des troubles fonctionnels et à des lésions qui siègent dans les circonvolutions pariétales. M. Voisin a observé, dans un certain nombre de ces cas, des douleurs fixes dans les régions sincipitale et bregmatique avec augmentation de température dans ces points.

Les autopsies ont montré que les méninges étaient épaissies et hyperhémiées au niveau des circonvolutions frontales ou pariétales.

M. Voisin pense qu'il y a des relations entre ces faits et les théories admises sur les localisations cérébrales. La femme Canau qui, atteinte d'hallucination de l'ouie, tira trois coups de pistolet sur le curé de Montmartre, fut reconnue aliénée et transférée dans le service de M. Voisin. Cette femme se pendit. On trouva à la partie supéro-interne des deux premières circonvolutions pariétales droites et à la partie supérieure de la première circonvolution pariétale gauche une dégénérescence graisseuse des cellules avec un exsudat à la surface.

Comment admettre que des idées délirantes puissent avoir leur siège dans des régions dévolues à la sensibilité? Cela s'explique si l'on admet que les centres psychiques occupent les mêmes points que les centres moteurs. L'anatomie montre d'ailleurs de telles diffé-

rences dans la forme des cellules, qu'on peut très bien admettre que ces cellules n'ont pas les mêmes fonctions. Cela permet de comprendre la réunion dans les mêmes points des causes de leurs phénomènes aussi distincts que la douleur et l'impulsion au suicide.

La rapidité des actes impulsifs est encore une preuve de la relation intime qui lie la pensée à la manifestation extérieure et inconsciente et du siège dans une même partie de l'écorce cérébrale des centres psychiques et de centres moteurs, et il semble que la soudaineté des actes impulsifs s'explique par la transmission à des cellules motrices, par l'intermédiaire des fibres nerveuses du réticulum, de l'irritation des cellules sensitivo-psychiques avoisinantes.

La clinique et l'anatomie pathologique se sont accordées, dans un certain nombre de cas, pour autoriser à localiser l'idée de suicide et l'impulsion au suicide dans un territoire de l'écorce cérébrale correspondant à la région bregmatico-iniaque, et situé dans la partie la plus interne des circonvolutions frontales ascendantes, des première et deuxième circonvolutions pariétales, et dans les lobules pariétaux, c'est-à-dire dans les parties moyennes et internes des hémisphères cérébraux (Commission MM. Vulpian, Blanche et Luys).

De la guérison de la glycosurie et du diabète sucré par le bromure de potassium. — M. *Felizet* a commencé, il y a six ans, des recherches sur ce sujet; depuis cette époque il a pu réunir 15 observations.

Dans ces 15 cas de diabète, M. Felizet n'a pas prescrit de régime spécial. Il s'est borné à recommander un exercice musculaire énergique, l'usage du fer, du quinquina et des alcalins, en outre et surtout le bromure de potassium.

Dans toutes ces observations, l'action très favorable du bromure est évidente. Il a semblé à M. Felizet que la nature nerveuse de cette maladie se manifestait surtout dans la région du bulbe voisine du pneumo-gastrique et que l'action du bromure sur cette zone donnait à la théorie nerveuse du diabète la force d'une démonstration avec la précision d'un schéma (Comm. MM. Lancereaux, Herard, Dujardin-Beaumetz.)

Réduction des luxations anciennes de l'épaule. — M. *Polaillon* lit un rapport sur un travail envoyé par M. Daniel Mollière, de Lyon, sur la réduction des luxations anciennes de l'épaule au moyen de la section sous-cutanée des brides qui s'opposaient au retour de la tête dans sa cavité. M. Polaillon a employé lui-même dans trois cas, avec succès, ce procédé opératoire sur des malades chez lesquels les tractions ne pouvaient rien donner. Il présente en même temps un vieillard dont la luxation était très ancienne et qui, par suite de l'opération, a recouvré des mouvements très satisfaisants.

La séance est levée à 5 heures.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, en date du 3 août 1882, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, M. Coutance (Amédée-Guillaume), pharmacien professeur de la marine, a été promu au grade de pharmacien en chef dans le corps de santé de la marine.

Faculté de médecine de Paris. — Les vacances annuelles ont commencé le dimanche 6 août 1862. La réouverture de la Faculté aura lieu le 15 octobre.

La loi des épidémies en Suisse. — On lit dans le *Journal d'hygiène* :

« Nos confrères de Paris se sont beaucoup extasiés sur la loi des épidémies qui avait été élaborée et adoptée eu Suisse par les chambres fédérales, et les partisans de la vaccination obligatoire n'ont pas manqué de nous *offrir en exemple* le pays de la liberté.

« De son côté, le *Société italienne d'hygiène* de Milan, intervenant dans la question, on ne sait pourquoi, avait cru devoir *recommander au gouvernement et au peuple suisse* cette loi draconienne, inutile et inopportune (la vaccination obligatoire) que le Sénat du royaume d'Italie *n'avait pas voulu inscrire* dans le code sanitaire !

« Pour ne pas trop abuser du triomphe de nos idées sur la matière, nous transcrivons aujourd'hui, sans commentaires, la correspondance envoyée de Berne le 30 juillet, aux journaux politiques français et étrangers :

« Le peuple suisse était appelé à se prononcer sur l'acceptation ou le « refus de la loi sur les épidémies.

« Une ardente polémique avait surgi en raison des dispositions de la « loi qui était trouvée *trop policière*, *trop tracassière*, et contenant dans l'en« semble *des pénalités hors de proportion* avec la gravité des délits prévus.

« La loi en outre reconnaissait l'*infaillibilité* de la vaccination qu'elle « déclarait *obligatoire* dans les 22 cantons.

« A ce propos une discussion scientifique a précédé le vote ; elle n'a « pas donné à l'appui de la vaccination une preuve palpable de l'excellence « de ce dogme de la science, aussi était-on généralement d'avis que, dans « le doute, il y avait lieu de s'abstenir.

« 310,000 électeurs ont cependant pris part au vote.

« La loi sur les épidémies a été repoussée par 240,000 voix contre 70,000 « environ. »

« La liberté individuelle et l'autorité du père de famille ne sont donc pas « de vains mots.

« Sonnez clairons, battez tambours ! »

Nous nous associons pleinement aux réflexions de notre confrère.

A. Ch.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc^r Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

RÉGIE DES JOURNAUX DE MEDECINE

PARIS, DEPARTEMENTS ET ÉTRANGER

BUREAUX ET ADMINISTRATION : 6, rue Gît-le-Cœur, PARIS.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 17 SAMEDI 12 AOUT 1882

LA FRANCE MÉDICALE

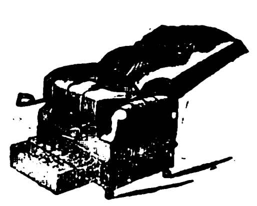
BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE





29e Année. — Tome II. — N° 17. Samedi 12 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINÉAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis

Recueillies par M HAMONIC,
Interne du service.

Messieurs,

Je me propose de faire, cette année, une série de leçons sur le traitement de la syphilis et des affections utérines. Je commencerai par le traitement de la syphilis et j'insisterai sur ma méthode thérapeutique par les injections sous-cutanées de peptone mercurique.

Avant de commencer l'étude du traitement de la syphilis, il est absolument nécessaire de connaître l'évolution de la maladie, de connaître ses principales manifestations morbides.

La syphilis est une maladie générale, constitutionnelle, virulente, à évolution plus ou moins rapide, mais continue et progressive.

La première manifestation de la maladie acquise se traduit par le chancre infectant; si la vérole est héréditaire, sa première manifestation se traduit par les éruptions variées désignées sous le nom de syphilides. Cette notion d'évolution différente de la syphilis suivant qu'elle est acquise ou héréditaire est importante à connaître au point de vue médico-légal, car si on constate chez un nourrisson de 2 ou 3 mois un chancre induré, on est certain qu'il y a eu contact impur et par suite contamination (sein, etc.).

Au début, la syphilis se manifeste sur les parties superficielles (peau, muqueuses). Plus tard elle se traduit par des lésions organiques qui peuvent entraîner la mort.

Transmissible par contagion et hérédité, le médecin doit s'appliquer non seulement à guérir la syphilis, mais encore à en prévenir le développement et la propagation. Ce sont là, au point de vue de l'espèce, des problèmes sociologiques de la plus haute importance.

J'aurai donc à examiner comment on doit traiter la syphilis et comment on peut empêcher son développement. J'aurai aussi à examiner les causes qui font évoluer la syphilis d'une façon anormale. Ces cas spéciaux qu'on a désignés sous le nom de syphilis grave ne sont qu'une déviation de l'évolution normale de la maladie.

Comme toutes les maladies virulentes, la syphilis détermine des exopathies diverses. Lorsqu'apparaissent les manifestations exté-

rieures, la maladie est déjà constitutionnelle. Au début, la vérole n'est donc pas une maladie locale constituée par le chancre, comme l'ont avancé certains syphiliographes; un traitement local, cautérisation, destruction, extirpation du chancre, ne peut pas guérir la maladie; aussi la thérapeutique doit négliger la manifestation locale initiale pour s'attaquer à l'état constitutionnel. Ces quelques propositions générales étaient nécessaires à connaître avant de commencer notre étude.

Comment évolue la syphilis? Comment se produisent ses diverses manifestations?

Dans la syphilis normale, il y a d'abord une période d'incubation variant entre dix et quarante-deux jours, pouvant même aller jusqu'à soixante et onze jours, mais étant en moyenne de vingt-cinq jours, à dater du moment de la contagion. Ce premier fait d'incubation a une importance diagnostique considérable; si l'on voit survenir un accident quelconque deux ou trois jours après le coït, on peut être assuré qu'il ne s'agit pas d'un accident syphilitique (comme cela arrive pour le chancre non infectant). Les limites que j'ai assignées à la période d'incubation ont été déterminées exactement par la clinique et l'expérimentation.

Quant l'incubation est terminée, on voit apparaître, au point inoculé et non ailleurs, une papule rouge qui se recouvre bientôt de squames, devient écailleuse et aboutit à une légère érosion qui fournit un suintement séreux très peu abondant. La base s'élargit, devient rénitente, dure (papule indurée). L'érosion s'étend et constitue quelquefois une ulcération superficielle qui suppure et se recouvre de croûtes, principalement quand le chancre siège sur la peau; car, alors, il est soumis à des irritations diverses (grattage). C'est le chancre de la peau, ou chancre croûteux qu'on n'observe jamais sur les muqueuses.

L'érosion reste stationnaire pendant quelque temps, puis les bords sont envahis par un travail de cicatrisation. La plaie se ferme peu à peu et il ne reste qu'une plaque brunâtre ou rouge, épaisse et dure. Le chancre infectant normal, qui évolue sans complication inflammatoire, guérit sans laisser de traces.

Nous pouvons donc, Messieurs, définir le chancre syphilitique: une érosion limitée, du volume d'une lentille, arrondie ou ovalaire, plane et de niveau avec les tissus périphériques, offrant un bord rouge, sécrétant une faible quantité de sérosité transparente et reposant sur une base le plus ordinairement indurée. A mesure que le chancre évolue, on observe deux phénomènes: l'érosion s'accroît en étendue, tout en restant superficielle, et alors même qu'elle paraît ulcérée on retrouve au centre les grosses cellules du corps de Malpighi, pourvu cependant qu'il n'y ait pas de complication inflamma-

toire. En outre, l'épaississement de la base s'accuse de plus en plus, devient dur, rénitent. Le chancre est induré.

Si l'on examine l'aspect de l'érosion, on constate que son fond est lisse, poli, uni, comme vernissé. Ses bords se continuent sans arrêt avec les tissus périphériques. Quelquefois ils sont légèrement exhaussés, de sorte que la lésion totale se montre en forme de cupule, de godet (chancre cupuliforme). La partie érodée sécrète un peu de sérosité transparente, incolore. Si l'on y trouve du pus, on peut être certain qu'il y a une irritation locale de nature quelconque.

Le deuxième phénomène important, l'induration de la base, est caractéristique du chancre infectant lorsqu'elle se présente avec les caractères suivants : elle est exactement limitée au chancre et ne le dépasse pas ; elle est nettement différenciée de la consistance des tissus périphériques qui sont normaux, fait qui distingue l'induration du chancre infectant de l'induration diffuse empâtée de l'œdème inflammatoire ou du chancre non infectant. Au toucher, l'induration du chancre syphilitique est élastique, sèche, analogue à celle du carton, du parchemin ou même du cartilage. On dirait un corps étranger qu'on aurait introduit dans l'épaisseur du derme et qu'on soulève facilement en le séparant des parties périphériques. Cette induration se présente sous deux formes :

1° Elle donne la sensation d'un noyau dur, calleux, implanté dans le derme (induration noueuse, — calleuse des anciens); 2° elle est étendue en surface, lamelleuse (induration lamelleuse). Cette forme comporte elle-même deux variétés : ou bien la lamelle indurée est rigide et donne au doigt la sensation d'une plaque de parchemin (induration parcheminée de Ricord); ou bien elle est mince comme du papier (induration papyracée ou foliacée).

Tels sont les grands caractères cliniques du chancre infectant sur lequel je ne saurais m'étendre davantage sans sortir des limites de mon sujet. J'ajouterai seulement que le chancre infectant est ordinairement unique. Quelquefois il est multiple et on peut en rencontrer jusqu'à douze et plus autour de la vulve, et surtout au mamelon, fait important en médecine légale lorsqu'on doit établir si la syphilis a été transmise par l'enfant à la nourrice. A la vulve ou au prépuce, le chancre multiple est ordinairement herpétiforme ; il simule l'herpès de façon à donner lieu souvent à des hésitations prolongées de diagnostic.

Une fois constitué, le chancre infectant reste quelques jours stationnaire : puis un travail de réparation débute, s'annonçant par une modification de la teinte de l'érosion qui de grise ou vineuse devient rouge. Le fond s'exhausse et devient papuleux. La cicatrisation marche de la périphérie au centre et en même temps l'induration se résorbe. Ce travail met beaucoup plus de temps à se produire que n'en

met la réparation du chancre. De sorte qu'il arrive très fréquemment de constater un noyau persistant d'induration alors que l'érosion chancreuse a complètement disparu. Aussi, si l'on soupçonne la syphilis, il ne faut pas négliger de rechercher l'induration alors même que l'érosion n'existe plus. En disant, en outre, que le chancre syphilitique est indolent, qu'il peut parcourir toutes ses périodes sans que le sujet en ait conscience, j'aurai terminé les notions générales que je désirais vous donner sur le chancre infectant.

La durée du chancre varie de quatre à cinq semaines. Souvent elle est plus courte ; elle peut même être telle que la lésion passe inaperçue, surtout chez la femme. Une longue durée du chancre indique ordinairement une complication locale.

A côté du chancre infectant, se place l'adénopathie syphilitique, qui se révèle quelques jours après celui-ci. Elle est multiple, indolente, et reconnaît pour cause anatomique l'hyperplasie des ganglions. En même temps ou plus tard apparaissent d'autres phénomènes inconstants, tels que la fièvre syphilitique et l'algidité, accidents survenant à des époques variables pendant l'évolution du chancre.

La fièvre syphilitique (étudiée par M. Fournier) peut survenir quelques jours après le début du chancre. Elle peut être symptomatique d'une manifestation syphilitique et dans ce cas être observée lors de chaque poussée. Mais la véritable fièvre syphilitique est pour ainsi dire essentielle. Elle offre trois types : 1° type intermittent avec cette caractéristique qu'elle apparaît le soir et la nuit, rappelant ainsi cette aptitude des accidents syphilitiques à être plus violents la nuit que le jour ; 2° type continu, qui dans certains cas a été jusqu'à simuler la fièvre typhoïde ; 3° type vague et indécis. Le type intermittent est le plus habituel. Il rappelle la fièvre intermittente avec ce fait spécial qu'un des stades de l'accès manque ordinairement. L'algidité est la manifestation la plus habituelle.

On pourrait soulever des questions intéressantes de pathologie générale, et se demander si la fièvre syphilitique n'est pas sous la dépendance d'un trouble du système nerveux de nature spécifique. Du reste, dans le même ordre d'idées, on a été jusqu'à rapporter à un trouble trophique les manifestations cutanées de la syphilis.

Une nouvelle étape de l'évolution de la syphilis est représentée par les accidents secondaires, très variables dans leur aspect clinique. Ils consistent en congestions cutanées plus ou moins intenses, ou en exsudats du corps papillaire du derme et des muqueuses et du tissu lamineux. Ces exsudats ont pour caractères généraux d'être limités, denses, homogènes. Ils ne varient que par leurs dimensions. Ils sont impropres à toute organisation et rétrocèdent fatalement pour aboutir souvent à la suppuration. Fait essentiel, ils s'accroissent du centre à la circonférence. Ces caractères cliniques tranchés distin-

guent les infiltrats syphilitiques des infiltrats cancéreux, scrofuleux ou tuberculeux.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 *août* 1882. — *Présidence de* M. Guéniot.

Tétanos traumatique. — *M. Chauvel* fait un rapport sur une observation envoyée par le Dr Moty, intitulée : Tétanos traumatique, anatomie pathologique, lésions du grand sympathique.

Il s'agit d'un soldat qui s'était fait à la partie interne du mollet gauche une plaie profonde; il est ensuite mis en prison où il est soumis à l'influence du froid humide. Quand on le porta à l'hôpital, il était atteint de trismus depuis cinq jours; il fut traité par la morphine, le chloral à haute dose, 24 grammes en 24 heures, et les inhalations de chloroforme. 48 heures après il mourait.

A l'autopsie, ecchymoses pleurales, rupture des grands droits de l'abdomen, congestion des enveloppes de la moelle et du cerveau. Rien du côté du nerf saphène interne, ni du crural, ni du sciatique.

Le ganglion cervical supérieur du grand sympathique du côté droit est deux fois plus volumineux que le gauche, et il est plus rosé. Au niveau du point où est placé le ganglion cervical moyen, qui manque, ici le cordon nerveux présente une ecchymose située sous le névrilemme et qui s'insinue entre les fibres nerveuses ; le cordon nerveux en entier est deux fois plus volumineux.

Les lésions auraient donc été croisées. D'après le rapporteur, ces altérations ne sont pas suffisantes pour permettre d'affirmer leurs relations avec le tétanos. Ce point exigerait des recherches plus sévères.

M. Sée est de l'avis du rapporteur.

M. Desprès fait une digression sur le terrain du traitement et se demande si l'élongation des troncs nerveux, qui paraît avoir donné quelques bons résultats, ne devrait pas être employée plus souvent : pour lui, ce mode de traitement lui paraît séduisant.

M. Marchant ayant, de la lecture de nombreuses observations, tiré cette conclusion que l'élongation ne donne guère que des insuccès, a fait dans un cas de tétanos, non l'élongation, mais la section du sciatique : cela n'a pas empêché le malade de mourir.

M. Verneuil. L'intérêt de l'observation est dans la constatation des lésions anatomiques ; il croit qu'on doit faire des recherches dans ce sens, d'autant plus que les malades meurent avec des phénomènes laryngés, pulmonaires ou cardiaques; mais ici ces constata-

tions perdent de leur valeur, puisque l'observation est muette sur l'existence de phénomènes laryngés.

La question du traitement est ici accessoire ; mais comme on s'est lancé dans cette voie, il croit devoir en dire un mot. Les tentatives chirurgicales, ainsi que l'a si bien montré M. Richelot dans une revue critique très bien faite, n'ont rien donné. Pour lui, le chloral uni ou non à la morphine, et surtout à l'immobilité absolue, a une valeur plus grande. Les thèses de MM. Soubise et Choppart montrent qu'on a pu obtenir la guérison dans un tiers des cas, mais il faut que le chloral soit administré pendant longtemps.

Dans un cas de plaie de la main, j'ai fait l'élongation du médian et du cubital, il y a eu une détente manifeste ; mais j'avais donné en même temps du chloral: la malade a guéri.

M. Désormeaux rappelle qu'il a fait autrefois un rapport sur un mémoire envoyé par un médecin de la marine, M. Chalmers, qui rapportait plusieurs observations de guérison par l'opium à haute dose 0,60 centigr., 1 gr. et 1 gr. 20 d'extrait thébaïque dans les vingt-quatre heures. M. Désormeaux a dû à ce traitement six guérisons sur six cas de tétanos observés pendant la guerre de 1870 ; les malades prenaient 1 gr. d'extrait thébaïque. Chose intéressante : au début, l'opium calme, mais n'assoupit pas : plus tard il assoupit, et alors il est indiqué de modérer les doses.

M. Le Dentu croit que le chloral et l'opium peuvent donner de bons résultats : il doit néanmoins enregistrer deux insuccès du chloral, quoiqu'il fût donné à la dose de 15 grammes par jour en 5 fois ; ces deux faits ont été observés récemment, le premier en ville, le deuxième à l'hôpital.

M. Després rappelle que le traitement dont parle M. Désormeaux était celui de Monro, qui donnait jusqu'à 7 grammes d'opium.

A une question de *M. Forget*, *M. Verneuil* répond que dans l'état actuel de la science, le chloral associé ou non à d'autres moyens médicaux ou chirurgicaux est l'agent qui donne le plus de succès.

Amputation des doigts surnuméraires. — *M. Verneuil* fait un rapport verbal sur une note envoyée par M. Chrétien, de Nancy : Note sur l'amputation des doigts surnuméraires.

Il s'agit d'un enfant de 10 ans, porteur d'un pouce surnuméraire de 2 cent. de long, mobile et recouvert par une peau amincie. M. Chrétien apprit que l'enfant avait été opéré à l'âge de 6 mois et que le pouce avait repoussé. M. Chrétien vit alors que Velpeau avait constaté le même fait et que M. Le Dentu, dans un article du dictionnaire de Jaccoud, cite, d'après Annandale, le même fait.

Il l'explique par la loi d'ossification : les phalanges se développent par deux points d'ossification, un pour l'extrémité supérieure, l'autre pour le reste de l'os. Si donc on opère de très bonne heure et qu'on

respecte le cartilage de conjugaison, l'os pourra s'accroître en longueur. Il se produit dans ces cas ce que M. Verneuil a appelé la conincité physiologique des moignons qui se produit chez les individus amputés alors qu'ils étaient enfants.

M. Chrétien se demande s'il n'y a pas lieu de modifier le procédé opératoire et il distingue deux cas : dans un premier, l'os naîtrait sur la continuité de la phalange voisine ; la difformité serait en quelque sorte le résultat d'une bifidité de la phalange : on peut alors raser l'os ; dans l'autre il y a une articulation ; alors si on amputait dans la continuité comme l'a proposé Sédillot, il faudrait faire l'amputation très près de l'articulation pour enlever le cartilage de conjugaison.

M. Verneuil, dans un cas de ce genre, il y a 20 ans, a fait la désarticulation ; grâce à l'irrigation continue, le malade a très bien guéri : cette désarticulation pourrait être faite avec beaucoup plus de sécurité aujourd'hui, grâce à l'emploi des pansements antiseptique ou ouaté. Le pansement ouaté pour des jeunes enfants parait être le meilleur, parce qu'il empêche les mouvements de l'enfant d'être nuisibles.

M. Le Dentu. L'explication de M. Chrétien était très rationnelle ; quant au traitement, il est d'avis qu'on ne doit pas hésiter à désarticuler : il a fait cette opération il y a six ou sept ans à l'Hôtel-Dieu ; l'enfant a parfaitement guéri. La guérison serait d'autant plus facile maintenant qu'on met plus de soins minutieux aux pansements.

M. Després. La difformité ne compromettant pas l'existence, j'attendrais que le développement de l'enfant fût complet et puis j'amputerais comme le faisait Sédillot. Pour pansement, je mettrais la cloche de diachylon qui est le meilleur pansement des plaies des doigts.

M. Lucas-Championnière. La désarticulation est le moyen le plus simple, mais chez les tout jeunes enfants, je substitue l'acide borique à l'acide phénique à cause de leur extrême susceptibilité à l'acide phénique ; du reste, il vaut mieux amputer de bonne heure ; car ils supportent très bien l'opération ; il n'y a qu'un petit inconvénient, c'est l'hémorrhagie qu'il faut éviter avant tout ; on y parvient très bien en faisant quelques minutes de compression.

M. Farabeuf a disséqué dernièrement la main d'une jeune femme présentant un tubercule osseux sur le côté d'une articulation. M. Farabeuf a supposé qu'on avait dû pratiquer autrefois une opération comme chez le malade de M. Chrétien, d'autant plus qu'il y avait une cicatrice à la peau.

Dans un autre cas de pouce surnuméraire où je me suis aperçu que la tête du métatarsien ferait une trop grande saillie après l'ablation de la phalange, je me suis décidé à couper en biseau le métatarsien et la phalange pour effacer cette saillie. La difformité n'est pas revenue avec l'âge.

M. Polaillon a vu un grand nombre de doigts surnuméraires : quelques-uns sont attachés par un pédicule peu épais ; il le lie ou le sectionne avec l'anse galvanique. Quand il existe une articulation, il désarticule et emploie le pansement ouaté qui lui paraît le meilleur.

M. Le Dentu. Puisqu'on s'occupe des pansements, je reviens sur ce sujet pour dire qu'il y en a un qu'il faut exclure chez les jeunes enfants : c'est le pansement à l'acide phénique. Il cite le cas d'un jeune enfant qui a eu des urines noires parce qu'il avait porté pendant quarante-huit heures trois petits tubes à drainage dans les poches d'un kyste multiloculaire congénital du cou ; le reste du pansement avait été fait avec l'acide borique ; il ne faut pas employer l'acide phénique avant l'âge de 6 ou 7 ans.

M. Lucas-Championnière confirme ce que vient de dire M. Le Dentu.

M. Richelot lit un travail sur les abcès tuberculeux sous-ombilicaux.

La prochaine séance aura lieu le 4 octobre.

P. BAZY.

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

LONDRES. — Ce serait une erreur de croire que cette grosse question de l'hospitalisation des aliénés, qui fait noircir pas mal de papier français, nous laisse parfaitement calmes, de ce côté-ci du détroit. Si votre loi du 30 juin 1838 est l'objet de critiques incessantes, le *modus vivendi* administratif en vigueur dans le Royaume-Uni n'est pas jugé plus parfait par beaucoup de nos politiciens, à qui l'humanité serait vraiment redevable de signalés services, si le mal était aussi grand que leurs attaques passionnées nous le montrent.

Voici, par exemple, M. S. Leighton, membre de la Chambre des communes, qui, dans une assez récente séance de cette assemblée, s'est constitué le défenseur des aliénés traités dans les asiles privés, qu'il considère comme étant l'objet d'un trafic infâme.

Que ce député soit convaincu de la réalité des faits qu'il avance, c'est ce que je ne me permettrai pas de mettre en doute : je désire seulement vous faire juge de la valeur et de la nature des arguments auxquels il ne craint pas d'avoir recours.

M. S. Leighton ne comprend pas que l'Etat se désintéresse du sort de l'aliéné riche plus que de celui du malheureux, doublement déshérité de la fortune et de l'intelligence. Dans l'état actuel de notre législation, le premier est une proie que l'autorité administrative livre à la cupidité des hommes sans honneur et sans conscience qui dirigent les

maisons privées. Il n'y a pas à tâtonner, à perdre son temps en demi-moyens, il faut voter au plus vite, si on l'en croit, la suppression de tous ces établissements. Une fois entré dans une de ces maisons, continue l'orateur, le malheureux aliéné n'en sort plus.

Vous vous imaginiez peut-être qu'on se préoccupait de guérir son affection mentale ? M. Leighton, en tous les cas, ne partage pas votre confiance qu'il qualifierait volontiers de naïveté, si même il n'allait pas jusqu'à soupçonner votre complicité.

Quant à lui, il déclare, en effet, sans ambages, qu'à la faveur de certaines drogues, les propriétaires d'asiles privés savent fort bien *jouer* de l'affection mentale de leurs pensionnaires et éterniser un état d'aliénation qui alimente leur caisse.

Le tableau n'est-il pas joli, et faut-il beaucoup se soucier qu'il soit exact on non, quand on songe au bel effet oratoire auquel il a servi?

Notre législateur indigné est décidément tout à fait de l'avis de ce malheureux fou qui m'écrivait que les asiles sont *les oubliettes de l'intelligence.*

Je dois à la vérité d'ajouter que les étranges assertions de M. Leighton ont soulevé des protestations énergiques, notamment de la part de M. Beresford Hope, qui, dans une réfutation vigoureuse, a montré combien peu sérieuses étaient les attaques de son collègue. La motion a été repoussée à une très forte majorité.

Il n'en est pas moins déplorable de voir des hommes placés assez haut pour que leur voix ait un grand retentissement et émeuve l'opinion publique, lancer avec cette légèreté et cette grossière ignorance des accusations d'une telle gravité.

Toujours est-il que vous pourrez constater par là que nous n'avons rien à vous envier, même après les étranges histoires qui remplissent les colonnes de certains de vos journaux, et que les détracteurs systématiques ne reculent pas plus que chez vous devant des allégations *odieuses* autant que ridicules.

La vitalité dont font preuve nos sociétés médicales londonniennes a été déjà souvent signalée dans ce bulletin, et l'on sait que rien n'est négligé pour stimuler l'activité des membres et provoquer des débats importants.

La Société clinique, pour être une des plus récentes, n'entend pas pour cela céder le pas à ses aînées. Cette société savante avait confié en octobre 1879, à un comité formé dans son sein, la mission d'étudier plus spécialement une question à l'ordre du jour : l'hyperthermie rhumatismale.

La commission vient seulement de déposer son rapport. Ce long espace de temps a été mis à profit pour l'observation d'un très grand nombre de faits intéressants. Une analyse, même fort écourtée, de se

document, excéderait les limites dans lesquelles doit se renfermer cette chronique : j'en découperai seulement quelques-unes des conclusions.

La complication que constitue l'hyperthermie dans le rhumatisme est plus fréquente pendant le printemps et l'été que dans le cours des deux autres saisons.

L'homme y est plus exposé que la femme (64,2 0/0).

On la rencontre surtout dans la troisième décade de la vie.

Dans les 2/3 des cas, c'est à la première attaque de rhumatisme qu'elle se montre.

Dans la moitié des cas, l'issue en est fatale. La mort survient d'ordinaire entre la deuxième et troisième semaine à dater du début de l'attaque de rhumatisme.

Le traitement le plus efficace est emprunté aux applications réfrigérantes, bains froids, affusions froides, etc., etc.

La force de constitution de toute association qui s'organise sur le sol anglais ne semble pas davantage devoir faire défaut à celle nouvellement née : « l'association pour l'avancement des sciences par les recherches expérimentales » dont je vous annonçais la formation dans un précédent bulletin. Les fonds affluent de toutes parts et le trésorier, le Dr Samuel Wilks, a déjà en caisse la somme ronde de 25,000 francs. Le nom de notre grand Darwin, dont l'universalité du monde savant porte le deuil, figure parmi les plus gros souscripteurs (2,500 francs), en tête de la liste ou figurent Bowmann, sir W. Gull, Spencer Wells, Mathews Duncan, sir James Paget, sir W. Jenner.

Contrairement à toutes ses traditions, le *General medical Council*, qui vient de tenir sa 33e session, sous la présidence du Dr Acland, s'est réuni, cette fois-ci, pour faire utile besogne. Je n'aurai donc point, cette année, à vous donner, comme par le passé, un aperçu des critiques acerbes que la presse médicale n'épargnait pas à ce corps constitué, puisque l'on se plaît généralement à reconnaître que les débats et résolutions qui ont marqué ses séances sont au-dessus de ce qu'on en pourrait attendre. Une des décisions les plus approuvées est la constitution d'une commission chargée d'examiner les mesures à proposer pour détruire les abus occasionnés actuellement par les « Unqualified assistants ».

J'aurai l'occasion de revenir sur cette question, qui préoccupe légitimement depuis longtemps le public médical anglais.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 31 *juillet au* 5 *août* 1882.

BORDÈS-PAGÈS. Des lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis secondaire. — MARCELIN. Essai sur les causes, le pronostic et le traitement du raccourcissement dans les fractures obliques

du fémur. — BONJEAN. Des plaques muqueuses du larynx. — LANGLOIS. Des diverses hémorrhagies consécutives aux lésions des centres nerveux. — JANOT. De la diphthérie à Paris. — MENAGER. De la mortalité et de la morbidité du premier âge et des moyens de les combattre. — HAMEAU. De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne par le thermo-cautère. — BOUSSAC. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques d'origine traumatique et de leur traitement. — MARTIN. Traitement des kystes synoviaux tendineux du poignet et de la paume de la main par la méthode antiseptique. — RETIF. De l'insufflation d'air dans l'oreille moyenne. — DRUILLET. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de l'intestin sans solution de continuité des parois abdominales. — DECAMP. De l'atrophie dentaire produite par la syphilis héréditaire chez l'enfant. — ERNAULT. Des conditions étiologiques de la pathologie de la race nègre. — LUQUET. Les altérations musculaires se rattachant à la fièvre typhoïde. — HARANGER. Endocardite congénitale du cœur gauche. — COUDRIN. Contribution à l'étude du pneumothorax. — PARMILLEUX. Névralgie vulvo-vaginale. — DENIAU. De la pilocarpine. Son action. Son emploi dans la thérapeutique oculaire. — MIEUSSENS. De la dégénérescence graisseuse du cœur. — ROME. La pleurotomie et le traitement rationnel de la pleurésie purulente. — LAPORTE. Réflexions cliniques sur 34 cas de fièvres typhoïdes. — AUQUIER. Contribution à l'étude du diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte. — GRIVEAU. Etude clinique et pathogénique sur l'ascite dite idiopathique et en particulier sur l'ascite des jeunes filles. — RIU. Etude expérimentale et clinique sur les nerfs pneumo-gastriques. — WARD-WILLIAM. Manuel opératoire de l'urano-staphylorrhaphie. — THOÛAILLE DE LARABRIE. Etude sur l'hypertrophie congénitale de la langue. — MÉRICAMP. Contribution à l'étude des artropathies syphilitiques tertiaires. — NAIS. De la dystocie par procidence des membres inférieurs. — LAFOSSE. Essai sur le traitement des synovites tendineuses à grains riziformes de la face antérieure du poignet et de la main. — MASSERON. Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale pelvienne. — COMBRET. Des principales méthodes d'administration du mercure par la peau. — BRUMAULD DE MONTGAZON. Ostéologie et myologie de la grenouille. — HAMON. Alimentation artificielle volontaire chez les phthisiques, à l'aide du tube du Dr Faucher. — JOURNET. Etnde sur la fréquence du cancer dans la terminaison de l'intestin grêle. — LACAZE. Etude clinique sur le rhumatisme noueux chez les enfants. — FERRAND. De la forme dysphagique de la phthisie laryngée. — GRENAUDIER. Contribution à l'étude de l'hémophilie. — Juliau NUMA. Du massage de l'œil dans quelques affections de la cornée et des paupières. — LAGELOUZE. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les frictions mercurielles. — FESQUET. Traitement de l'ulcère simple et de ses complications. — CASTINEL. Quelques considérations sur la réimplantation des dents. — CARBOUÉ. De l'iridectomie dans la kératite parenchymateuse et la scléro-kératite. — MORMICHE. Contribution à l'étude de l'adénome palatin.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — A dater de ce jour, et pendant toute la durée des vacances, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours de midi à trois heures.

Conseil municipal. — Dans sa séance du 9 août, le Conseil municipal de Paris a voté : 1° la construction d'un service balnéo-thérapique à la Salpêtrière et l'isolement de cet hospice ; 2° la reconstruction du service des bains et d'hydrothérapie de l'hôpital Laënnec ; 3° l'installation d'une troisième chaudière à vapeur à la Pharmacie centrale des hôpitaux ; 4° l'appropriation de logements pour le nouveau personnel laïque de l'hôpital Ténon ; 5° la construction d'un bâtiment à usage d'ateliers pour les enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre.

Congrès d'hygiène de Genève. — Le Conseil municipal de la ville de Paris a délégué dans une de ses dernières séances MM. les docteurs Bourneville, Loiseau et Napias, ainsi que MM. Durand-Claye et Cernesson, pour le représenter au congrès international d'hygiène qui doit s'ouvrir à Genève le 4 septembre prochain. Le conseil a décidé aussi que la ville de Paris participerait à l'exposition annexe du congrès.

Concours. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : *Hygiène et prophylaxie des affections de l'intestin chez les enfants du premier âge* (*diarrhée, dysentérie, choléra infantile*).

Une médaille d'or sera décernée par la Société dans la séance publique de mars 1883, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1883, à M. Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40.

Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

L'aumônier de la Maternité. — L'aumônier de l'hospice de la Maternité ayant, dans un sermon, attaqué les actes du Conseil municipal, en taxant la laïcisation des établissements hospitaliers de fourberie et d'hypocrisie, vient d'être révoqué.

Découverte des œuvres de Galien. — De Salonique, on annonce une importante découverte scientifique et littéraire :

Des œuvres de Galien, que l'on croyait perdues, notamment ses traités sur les forces physiques et les constitutions, ont été retrouvées. *L'Ephimeris* à laquelle nous empruntons cette intéressante nouvelle, dit que l'auteur de cette découverte, M. Papageorges, lui a envoyé les renseignements suivants : le manuscrit, qui date du quinzième siècle, se composait de 248 feuillets, 144 sont bien conservés, 24 sont mutilés ou rongés par les vers et 80 ont disparu.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 18 MARDI 15 AOUT 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 18 Mardi 15 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINEAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*Suite*) (1),

Recueillies par M Hamonic,

Interne du service.

Les manifestations syphilitiques atteignent, ai-je dit, la peau, les muqueuses et les viscères. Il suit de là que j'ai à mentionner très succintement trois variétes d'accidents. Les syphilides cutanées offrent environ dix variétés, passibles elles-mêmes de subdivisions :

1° *Syphilides congestives* se traduisant par une congestion de la peau. Elles offrent trois variétés : Syphilide maculeuse constituée par une exagération de la conges tion ; Syphilide érythémateuse légèrement papuleuse ; Syphilide ortiée (de M. Fournier), rappelant l'urticatio n. Dans l'évolution normale de la syphilis, ces manifestations apparaissent de la sixième à la douzième semaine, à dater du moment de l'infection. Aussi la plupart du temps, surtout chez l'homme, les observe-t-on encore alors que le chancre n'a pas encore disparu.

2° *Syphilides papuleuses.* — Elles se subdivisent en quatre variétés : Syph ilide miliaire analogue aux papules de miliaire rouge des fièvres sudorales ; Syphilide lenticulaire, petite, rouge, résistant très longtemps au traitement ; Syphilide orbiculaire ; Syphilide papulo-squammeuse. Ces syphilides se montrent ordinairement six mois après la contamination. C'est aussi après un intervalle analogue qu'on en rencontre une troisième classe ;

3° *Syphilides vésiculeuses*, elles offrent trois variétés : Syphilide vésiculeuse à forme de varicelle ; Syphilide vésiculeuse à forme exzémateuse ; Syphilide vésiculaire herpétiforme. Cette dernière offre souvent de sérieuses difficultés de diagnostic ; elle donne facilement lieu à des erreurs.

4° *Syphilides bulleuses.* — Elles sont subdivisées en deux variétés : Variété pemphigoïde que tous les auteurs sont loin d'admettre, et que pour ma part je n'ai pas encore rencontrée ; Rupia syphilitique apparaissant à la deuxième et à la troisième année de la syphilis ; si on la rencontre dès le début, il s'agit d'une syphilis anomale.

---

(1) Voir *France médicale*, n° 17, p. 194.

5° *Syphilides pustuleuses* subdivisées en : Syphilide pustuleuse; varioliforme; Syphilide acnéique; Siphilide impétigineuse ; Syphilide ecthymateuse. Ces variétés peuvent se rencontrer sur le même sujet. Vous en avez actuellement un très bel exemple dans la salle Saint-Louis.

6° *Syphilides maculeuses* (syph. pigmentaire de Follin. — Vitiligo de Hardy). Elles résultent d'une accumulation de pigment dans le tégument externe et peuvent être discrètes ou confluentes. Vous pouvez voir dans mon laboratoire la photographie d'une de mes malades atteinte d'une syphilide maculeuse généralisée. Cette manifestation apparaît dans les premiers mois; elle est très difficile à guérir. Tous les syphiliographes ne l'admettent pas.

7° *Syphilides squammeuses.* — Elles peuvent offrir l'apparence du psoriasis ou être exfoliantes. Elles ressemblent dans ce cas à la dermatite exfoliatrice.

8° *Syphilides papulo-squammeuses.* — Déjà mentionnées. Elles sont constituées par des papules, au centre de chacune desquelles on voit une petite squame.

9° *Syphilides tuberculeuses* formées par l'infiltrat cutané ou sous cutané. Elles sont représentées par des nodosités arrondies, d'abord mobiles, puis s'étendant et pénétrant dans la partie superficielle du derme, comme un coin pour ainsi dire. Elles deviennent fixes, élastiques, douloureuses à la pression. Elles disparaissent par atrophie, résorption ou suppuration. Quand ces syphilides sont précoces, elles sont toujours disséminées. Tardifs, les infiltrats se groupent, et leur suppuration entraîne des pertes de substances plus ou moins étendues. La suppuration de ces syphilides produit les syphilides ulcéreuses, qu'on a placées à part, mais qui appartiennent au même groupe en réalité. Elles apparaissent de la première à la cinquième année dans l'évolution normale de la syphilis.

10° *Syphilides végétantes.* — C'est la dernière classe de syphilides. Celles-ci sont formées par des bourgeons papillomateux qui se développent outre mesure. Elles se montrent en début de l'affection et produisent ces végétations larges, rouges, bien différentes des végétations inflammatoires en choux-fleurs.

Je ne vous ai pas signalé, dans cette classification, la syphilide sous-cutanée de M. Mauriac. Elle est formée par un infiltrat sous-cutané simulant l'érythème noueux, se montrant au début et évoluant comme les autres accidents. Ces néoplasies sont circonscrites ou diffuses. Actuellement, dans la salle Saint-Louis, vous pouvez en observer un bel exemple.

Les muqueuses n'offrent pas les mêmes variétés de syphilides. On n'en observe que quatre espèces. Ces syphilides ont pour grand caractère commun de se développer spontanément, et de sécréter

(de là leur nom impropre de plaques muqueuses). Elles sont très contagieuses. C'est surtout à elles qu'il faut rapporter le plus grand nombre de cas de la contagion syphilitique. Elles récidivent facilement et sont facilement curables. Elles apparaissent rapidement, surtout s'il s'agit des variétés suivantes : 1° *Syphilides érosives* constituées par des érosions superficielles, plus ou moins étendues ; 2° *Syphilides papulo-érosives*. Ce sont de petites papules à sommet érodé et sécrétant ; 3° *Syphilides papulo-hypertrophiques*, papules gigantesques, constituant de véritables tumeurs muqueuses ; 4° *Syphilides ulcéreuses*, le derme de la muqueuse est atteint, creusé à une certaine profondeur. On les rencontre surtout sur les amygdales, où elles sont difficiles à diagnostiquer des ulcérations tuberculeuses ou scrofuleuses. Les trois premières variétés se montrent dans les premiers mois de la syphilis. La dernière est plus tardive, elle survint en général dans le courant de la première ou de la deuxième année.

En même temps que ces manifestations cutanées ou muqueuses, l'infiltrat syphilitique peut se produire dans la trame cellulaire de quelques tissus, de quelques organes, où il donne lieu à des accidents analogues à ceux observés à une période plus tardive de l'évolution syphilitique et que pour cette raison on a appelés accidents tertiaires. Ils diffèrent de ceux-ci en ce qu'ils disparaissent très rapidement, sans laisser de traces. C'est ainsi qu'il est assez commun de constater chez un malade présentant des syphilides cutanées ou muqueuses des périostoses qui produisent les douleurs névralgiformes (crânialgie, sternalgie, scapulalgie, tibialgie) ; les névralgies et les paralysies motrices du début de la syphilis (paralysie faciale du moteur oculaire commun, névralgie trifaciale, etc., etc). Les séreuses sont souvent atteintes ; fréquemment vous observez des affections syphilitiques des bourses séreuses sous-cutanées, tendineuses, ainsi qu'il m'a éte donné d'en recueillir de nombreux exemples. Les sécrétions sont altérées ; l'alopécie survient. L'iris peut être atteint (iritis); il en est de même de l'albuginée. Les amygdales s'hypertrophient; cette hyperplasie est analogue à celle des ganglions lymphatiques et des papilles de la muqueuse rectale. Cette dernière devint plus tard le point de départ des rétrécissements du rectum.

Dans une troisième période de l'évolution syphilitique, dite période des accidents tertiaires, l'infiltrat syphilitique se dépose dans la substance cellulaire des organes et constitue les accidents décrits sous le nom de syphilis viscérale. C'est ainsi qu'il se développe dans les tuniques artérielles, dans le système nerveux, dans le testicule, le poumon, le foie, le rein. Vous observez alors la cirrhose syphilitique, la néphrite syphilitique scléreuse qu'il faut avoir soin de distinguer de la néphrite syphilitique catarrhale, épithéliale, de l'hépatite catarrhale syphilitique, affections qui se montrent souvent au début de

la syphilis, ainsi que je l'ai montré et que vous en observez actuellement plusieurs exemples dans mes salles.

Les éléments des séreuses sont eux-mêmes atteints (synovites et arthrites syphilitiques).

Dans tous ces cas divers l'élément pathologique est le syphilome qui se présente toujours avec ses mêmes caractères de limitation, de dureté, d'homogénéité. Il ne varie que par ses dimensions, et n'a pas de tendance à disparaître. C'est par excellence un élément nécrobiotique, qui est frappé de mort dès sa formation et a une tendance marquée à rétrocéder par dégénération du centre à la circonférence. Telle est, messieurs, l'évolution normale de la syphilis.

Sur la sensibilité des lobes cérébraux chez les mammifères,

Par M. le professeur Vulpian (1).

M. L. Couty a communiqué à la Société de Biologie, en 1880 (2), les résultats d'expériences faites pour étudier l'action des excitants mécaniques sur les régions de l'écorce cérébrale que l'on a considérées comme motrices. Il note que MM. Hitzig, Franck et Pitres auraient signalé très explicitement avant lui ce mode d'excitabilité de ces régions du cerveau et que M. Duret l'aurait peut-être admis implicitement. M. Couty a vu, sous l'influence des excitations mécaniques des zones corticales motrices du cerveau, des mouvements se produire chez des chiens. Une condition lui a paru nécessaire pour que ces mouvements aient lieu, c'est que l'écorce cérébrale soit très excitable : il a pu augmenter l'excitabilité normale de cette écorce en y déterminant une inflammation d'un certain degré d'intensité, soit par la simple mise à nu de la région du cerveau sur laquelle il se proposait d'opérer le lendemain, soit par des irritations de nature variée. Le tissu nerveux, devenu un peu plus consistant par suite de l'inflammation, pouvait être rayé ou frotté plusieurs fois de suite dans les mêmes points sans se réduire en pulpe molle, sans se détruire en un mot. Les effets obtenus dans les expériences de M. Couty ont été de deux ordres : d'une part, des contractions de certains muscles du côté opposé du corps et, d'autre part, des mouvements dans le côté correspondant au lobe cérébral excité ; dans certains cas même, des mouvements plus ou moins généralisés ont été observés. Les premiers de ces effets sont seuls semblables à ceux qui se manifestent sous l'influence des excitations électriques de la surface des régions dites motrices de l'écorce cérébrale ; les autres doivent évi-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2). L. Couty, *Sur l'excitabilité mécanique de l'écorce cérébrale* (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1880, p. 46).

demment être regardés, ainsi que le dit M. Couty, comme des mouvements réflexes, c'est-à-dire comme des résultats d'irritation sensitivo-motrice.

J'ai fait un assez grand nombre d'expériences, à divers reprises, dans le but de m'assurer du degré d'excitabilité mécanique de l'écorce grise du cerveau. Chez les Mammifères (chien, chat, lapin), à l'état sain, je n'ai jamais vu le moindre mouvement se produire, soit dans les membres du côté opposé, soit dans ceux du même côté, soit dans la face, lorsque je frottais à l'aide d'une petite éponge, ou d'un lambeau d'amadou, ou d'un instrument mousse quelconque, ou enfin avec les pointes d'une pince à dissection, la surface du cerveau, dans les points dont l'excitation galvanique ou faradique déterminait des mouvements très accusés des membres ou de la face du côté opposé. Ainsi, chez le chien et chez le chat, après avoir bien reconnu les points du gyrus sigmoïde et de la circonvolution voisine sur lesquels il fallait appliquer les excitateurs d'un appareil à courants faradiques, pour voir se produire des mouvements soit du membre antérieur, soit du membre postérieur, soit de la moitié de la face du côté opposé, je soumettais ces mêmes points aux excitations mécaniques les plus variées, et jamais je n'ai vu se montrer la moindre contraction musculaire. Si donc on a pu, dans de telles conditions, provoquer, par les excitations mécaniques de l'écorce grise du cerveau, des mouvements de telle ou telle partie du corps, c'est un résultat tellement exceptionnel qu'il est permis de se demander si l'on n'a pas été induit en erreur par quelque circonstance accidentelle.

Les résultats ont été négatifs aussi lorsque j'ai répété ces essais, après avoir fait naître un état inflammatoire de la surface du gyrus sigmoïde par l'application de teinture ou d'emplâtre de cantharides, ou encore d'essence de moutarde, ou de nicotine. L'excitation de la surface de cette circonvolution, faite à l'aide de moyens mécaniques divers, n'a pas produit le plus faible mouvement dans une partie quelconque du corps.

Je ne mets pas en doute cependant les résultats constatés par M. Couty, qui est un observateur très attentif; mais je me crois en droit de dire que les mouvements qu'il a provoqués en excitant l'écorce cérébrale, après y avoir déterminé une inflammation préalable, ne doivent pouvoir être observés que dans certaines conditions tout à fait spéciales, et très différentes sans doute de celles dans lesquelles je me suis placé. D'ailleurs, les résultats de mes expériences dans ces dernières années sont conformes à ceux que tous les anciens expérimentateurs avaient obtenus et à ceux que j'avais consignés dans mes leçons de Physiologie générale du système nerveux en 1864.

Si mes expériences n'ont pas confirmé celles de M. Couty, relati-

vement aux mouvements provoqués par des excitations mécaniques de l'écorce grise cérébrale, elles m'ont permis de constater des effets analogues à ceux qu'il envisage comme des troubles moteurs réflexes et qui sont dus, non plus à la mise en jeu, par les agents mécaniques, de fonctions motrices de certaines régions de l'écorce cérébrale, mais à l'excitation, au moyen de ces agents, de la sensibilité de ces régions des centres nerveux.

On sait que les excitations galvaniques ou faradiques de la surface du gyrus sigmoïde, chez le chien, déterminent un certain degré de douleur, même quand les excitateurs sont très éloignés des lambeaux de la dure-mère, qui sont doués d'une grande sensibilité. Ce sont les points dont l'excitation électrique produit des mouvements, soit dans le membre postérieur, soit dans le membre antérieur du côté opposé, qui paraissent être les plus sensibles, tout en étant bien moins sensibles que la dure-mère.

Les excitations mécaniques de la surface du gyrus sigmoïde n'ont jamais provoqué d'indices de douleur, dans mes expériences(1). C'est encore un point à propos duquel le n'ai pas constaté les mêmes résultats que M. Couty. Mais ces mêmes excitations, lorsqu'elles étaient faites sur les parties profondes de l'écorce cérébrale au niveau du gyrus, ou sur les parties sous-corticales de la substance blanche du lobe cérébral mis en expérience, ont déterminé, dans la la plupart des cas, des signes non équivoques de souffrance.

Lorsqu'on fait pénétrer les fils métalliques d'un excitateur dans les points dits moteurs du gyrus sigmoïde et qu'on fait passer par cet excitateur un courant faradique d'intensité moyenne, on voit que les mouvements provoqués dans les membres du côté opposé deviennent de plus en plus forts au fur et à mesure que les fils conducteurs s'enfoncent dans la substance cérébrale, à la condition toutefois qu'ils rencontrent les fibres du noyau blanc du lobe cérébral qui vont se rendre dans ces régions du gyrus. Les mouvements ainsi produits sont absolument de même forme que ceux qui ont lieu par la faradisation de la surface du gyrus sigmoïde; ils n'en diffèrent que parce

(1) Les expériences ont été faites le plus souvent sur des animaux engourdis par une injection de chloral hydraté dans une des veines saphènes, ou, plus rarement, dans le tissu cellulaire sous-cutané. On soumettait le gyrus à des excitations électriques ou mécaniques, lorsque l'engourdissement chloralique commençait à se dissiper et que les animaux avaient repris en partie leur sensibilité normale.

Sur quelques animaux on avait pratiqué une injection intra-veineuse de chlorydrate de morphine, au moment où les effets du chloral avaient presque complètement disparu. Les excitations faradiques de la surface du gyrus, faites alors sur les points considérés comme des centres moteurs ont déterminé plusieurs fois, après l'interruption de l'électrisation, des accès de tic choréiforme borné aux membres et à la moitié de la face du côté opposé ou même à l'un de ces membres et d'une durée de 20 à 30 secondes.

qu'ils sont plus étendus et plus énergiques. De même, la douleur déterminée par la faradisation de la surface du gyrus devient un peu plus vive lorsque l'excitation électrique atteint la substance blanche sous-corticale. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que les excitations mécaniques, qui ne sont pas douloureuses lorsqu'elles portent sur la surface du gyrus sigmoïde, provoquent de la douleur quand elles atteignent les parties sous-corticales de cette région du cerveau. J'ajoute que les excitations mécaniques de ces parties sous-corticales du cervau n'ont jamais provoqué de mouvements bornés à l'un ou à l'autre des membres du côté opposé.

La sensibilité de la substance des lobes cérébraux est d'ailleurs incontestablement obtuse. Les signes de douleur ne se manifestent pas d'une façon constante et les gémissements plaintifs qui se font entendre sous l'influence des excitations mécaniques ne sont jamais ni forts, ni très répétés : l'agitation qui accompagne parfois ces gémissements n'est pas non plus considérable.

Les manifestations de la sensibilité s'observent surtout après que l'on a déjà excité deux ou trois fois la surface blanche sous-corticale. L'irritation expérimentale déjà subie par cette substance exagère donc sa sensibilité. Il est ainsi très probable que les irritations morbides peuvent y produire une exaltation qui se traduit par de la douleur.

Les régions de la substance blanche situées au-dessous du gyrus sigmoïde sont celles dont les excitations mécaniques mettent le mieux en évidence la faible sensibilité. Les autres régions de la substance blanche des lobes cérébraux ne m'ont pas paru absolument insensibles, mais mes expériences n'ont pas été assez variées pour me permettre d'être affirmatif sur ce point.

MEMENTO PRATIQUE

PRÉPARATIONS ANTICATARRHALES. — *M. P. Vigier* s'élève, dans la *Gazette hebdomadaire*, contre toutes les spécialités pharmaceutiques qui se vendent sous la désignation de pâtes ou pastilles pectorales, le sirops pectoraux ; toutes contiennent des principes narcotiques auxquels elles doivent leurs propriétés. Les préparations inscrites au Codex répondent suffisamment à toutes les indications, dit-il, et à tous les points de vue il est utile que le médecin formule lui-même les médicaments qu'il ordonne. Si le ministre de l'instruction publique répond au vœu de la commission actuelle du Codex qui demande l'institution d'une commission permanente chargée de tenir le Codex au courant de la science et de publier des suppléments au fur et à mesure des besoins, on verra disparaître ces procès bizarres où un

médicament très connu, comme le chloral, était condamné comme secret, parce qu'il n'était pas inscrit au Codex.

M. P. Vigier donne deux formules de remèdes contre les rhumes qui remplissent toutes les conditions désirables :

Sirop pectoral.

Sirop de capillaire..............	200 grammes.
Extrait d'opium................	0,10 centig.
— de jusquiame...........	0,20 —
— d'aconit...	0,30 —

Dissolvez ces extraits dans de l'eau distillée, 3 à 4 grammes environ, filtrez et ajoutez le sirop.

Ce sirop se prend à la dose de 3 à 4 cuillerées à soupe par jour; par cuillerées à café pour les enfants.

Chaque cuillerée à bouche de 20 grammes contient exactement la même quantité de principes actifs que la pilule suivante :

Extrait d'opium.......	0,01 centig.
— de jusquiame...........	0,02 —
— d'aconit................	0,03 —

Pour une pilule (n° 30). Trois ou quatre pilules par jour.

Les extraits sont placés par rang d'activité physiologique, et les chiffres 1, 2, 3, sont faciles à retenir ; mais ces chiffres peuvent être modifiés selon les cas et l'extrait d'opium surtout peut être augmenté de moitié parce qu'il s'y trouve tempéré par l'extrait de jusquiame.

POTION A LA COCHENILLE. — Le Dr A. Delpech employait de préférence contre la coqueluche une potion à la cochenille dont M. P. Vigier donne la formule suivante :

Cochenille pulvérisée...........	2 grammes.
Sous-carbonate de potasse.......	1 gr. 20 centigr.
Eau distillée bouillante.........	200 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger........	60 —

Après une infusion d'une demi-heure des substances dans l'eau chaude, on passe au blanchet et on ajoute le sirop :

Pour les enfants de 1 à 2 ans, on donne de 3 à 4 cuillerées à café par jour;

Pour ceux de 2 à 4 ans, de 2 à 3 cuillerées à soupe;

Pour les âges plus élevés, de 4 à 6 cuillerées à soupe.

Cette préparation ne se conservant pas et devant être continuée longtemps, M. P. Vigier l'a transformée en sirop pour la commodité des malades.

Cochenille pulvérisée...........	15 grammes.
Sous-carbonate de potasse.......	12 —
Eau distillée bouillante.........	600 —
Sucre concassé.................	900 —

Faites infuser les substances pendant une demi-heure, ajoutez-le sucre, cuisez à 30 degrés et passez à l'étamine.

Ce sirop se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à café par jour pour les enfants de 1 à 2 ans; de 3 à 6 cuillerées à café pour les enfants de 2 à 4 ans; de 2 à 3 cuillerées à soupe pour les adultes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *août* 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Desnos*, secrétaire général, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Pidoux.

M. *Du Castel* lit le rapport sur les maladies régnantes du 2e trimestre 1882.

Il insiste sur la fréquence des formes rapides de la phthisie et des hémoptysies.

La diphthérie semble devenir plus grave à mesure qu'elle devient plus fréquente.

La variole a sévi moins vivement que l'année dernière à pareille époque. La scarlatine a été aussi beaucoup plus rare, mais beaucoup plus grave.

Augmentation considérable du nombre des érysipèles.

La fièvre typhoïde a subi une exacerbation extraordinaire pendant le mois de juin.

En somme, la mortalité s'est accrue pendant ce trimestre, et cela est dû à l'augmentation du nombre des diphthéries et des fièvres typhoïdes.

M. *Rendu*. Il est extraordinaire que l'administration des hôpitaux ait choisi le moment où l'état sanitaire devient plus mauvais, pour fermer les services annexes et quelques services réguliers. Nous avons protesté en vain, et le résultat des mesures prises par l'assistance publique est l'encombrement de nos services par les brancards supplémentaires.

M. *Dujardin-Beaumetz*. On a même fermé l'hôpital des Tournelles, et cependant je n'ai jamais vu tant de fièvres typhoïdes dans mon service, depuis que je suis médecin des hôpitaux. Lundi dernier à ma consultation de l'hôpital Saint-Antoine, j'ai reçu 22 fièvres typhoïdes. Toutefois, il faut reconnaître que l'administration donne pour raison de la fermeture des services, la nécessité des réparations.

M. *Rendu*. Cette raison n'existe pas pour l'hôpital Tenon qui est un hôpital neuf.

M. *Du Castel*. L'administration donne comme raison qu'elle n'a pas de budget pour les services annexes et qu'elle ne peut les maintenir en permanence.

M. *R. Moutard-Martin.* Hier, je faisais la consultation du bureau central, et le Directeur de l'Hôtel-Dieu est venu me dire qu'on avait été obligé de placer des malades dans l'Hôtel-Dieu annexe, qu'on avait décidé de fermer.

M. *Troisier.* On a en effet ouvert de nouveau ce matin l'Hôtel-Dieu annexe, qu'on avait fermé avant hier.

Traitement de l'ulcère simple de l'estomac par la poudre de lait. — M. *Debove.* Personne n'ignore qu'il arrive un moment où les malades se dégoûtent du régime lacté. Pour obvier à ce dégoût, j'ai employé la sonde œsophagienne que les malades introduisent eux-mêmes. Mais pour éviter l'introduction répétée de la sonde, j'ai eu l'idée de concentrer le lait de la manière suivante : Je fais évaporer jusqu'à siccité du lait écrémé (car la crême est plus difficile à digérer; il en résulte une poudre que je fais dissoudre à chaud dans du lait ordinaire. (Le sucre de lait est très soluble à chaud et peu à froid.) J'ai employé avec succès la poudre de lait dans le traitement de l'ulcère simple. Chaque dose de 120 grammes de ma poudre correspond à un litre de lait.

M. *Dujardin-Beaumetz.* J'ai employé la poudre de lait de M. Debove, mêlée à de la poudre de viande, les deux dissoutes dans du lait ordinaire, — pour gaver mes phthisiques qui s'en trouvent bien. J'ai employé aussi la poudre de sang qui ne vaut rien et doit être abandonnée.

M. Debove est de l'avis de M. Beaumetz relativement à la poudre de sang qui n'est que du boudin indigeste.

M. Debove présente à la Société une nouvelle sonde œsophagienne modifiée. Elle est faite avec du *caoutchouc rouge coulé* autour d'une tige de verre, comme les sondes uréthrales.

Ladrerie. — *M. Troisier* présente, au nom du Dr Fournaise et autres, un malade atteint de ladrerie, et qui porte environ quinze cysticerques dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce malade était traité par le Dr Fournaise qui fit le diagnostic exact dès le premier jour. La première tumeur fut observée à la joue ; les autres kystes apparurent successivement dans l'espace d'un an.

Il y en a deux au périnée. Ce malade a rendu récemment un ver solitaire (*tænia solium arme*) avec sa tête. C'est une coïncidence remarquable, car le tænia solium de l'homme est le même que celui du porc qui donne la ladrerie de l'homme. J'ai dit que ces cysticerques étaient sous-cutanés ; mais je crois qu'il y en a quelques-uns sous-aponévrotiques, notamment celui que j'ai enlevé au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde gauche. Comme traitement je proposerais volontiers la ponction des kystes et l'aspiration du liquide avec la seringue de Pravaz.

M. Rendu. Voilà plusieurs observations de ce genre qui se multi-

plient. Ce qui serait peut-être de nature à modifier nos idées sur la génération alternante du tænia armé.

M. Troisier. Ce n'est, en effet, pas la première fois que cette coïncidence est relevée. Un médecin de Lyon a avalé un cysticerque du parc et a eu un tænia.

M. Rendu. Mais, au contraire, si on fait avaler des cysticerques au porc, il n'a pas de tænia.

Sur un nouveau traitement électrique de la douleur épigastrique et des troubles gastriques de l'hystérie (vomissements, gastralgie). — *M. Apostoli* conseille la galvanisation *polaire positive* du pneumo-gastrique droit, qui lui a constamment réussi dans vingt cas de gastralgie et d'épigastralgie, et huit cas de vomissements. Cette méthode comporte des préceptes généraux dont voici l'exposé sommaire.

1° *Le siège de l'application.* — Appliquez le pôle positif d'un courant de pile continu au cou sur une surface restreinte, en dehors et au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule ; fermez le circuit par une large surface dans la main. En présence d'un insuccès, on devra faire une galvanisation gauche, ou mieux double et simultanément des deux côtés.

2° *La dose.* — Il faut la varier suivant l'effet à obtenir, de 5 à 15 milli-ampères. La réponse du malade sera notre guide le plus sûr à cet égard. Si le vomissement menace, il faudra augmenter, et diminuer dans le cas contraire. Pour l'épigastralgie, on doit consulter la sensibilité avec la pression profonde de la main que le malade doit pouvoir supporter impunément.

3° *Le moment.* — S'il s'agit d'un vomissement, il faut autant que possible faire manger le malade pendant la séance, après l'avoir préalablement galvanisé pendant quelques minutes pour l'y préparer. Quant à l'épigastralgie et à la gastralgie qui sont le plus souvent des symptômes permanents, il est préférable de galvaniser le sujet au moment où la douleur est la plus intense.

4° *La durée.* — Elle est variable comme la maladie elle-même. M. Apostoli donne le précepte de *persévérer jusqu'à effet produit*, de continuer ainsi depuis cinq minutes jusqu'à une heure et plus s'il le faut, jusqu'à ce que le malade déclare qu'il va bien ; soit qu'il sente qu'il ne vomira plus, soit qu'il affirme qu'il ne souffre plus.

5° *Le nombre.* — Il n'y a sous ce rapport rien d'absolu, l'état du malade réglera notre conduite. Une seule application peut suffire à un vomissement incoercible ; quelques semaines seront peut-être nécessaires pour traiter une gastralgie ou une épigastralgie qui récidive plus ou moins tôt après l'amélioration de chaque séance. On doit si on le peut faire de une à deux applications par jour.

La séance est levée à 5 heures. Ern. Gaucher.

NÉCROLOGIE

On annonce la mort de M. le Dr Calliot, décédé à l'âge de 74 ans, à Houilles (Seine-et-Oise).

NOUVELLES

Administration générale de l'Assistance publique. — *Concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le samedi 14 octobre 1882, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration depuis le samedi 23 septembre jusqu'au samedi 7 octobre inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

Distinctions honorifiques. Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. Picot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Delcominète, chargé de cours à l'Ecole de pharmacie de Nancy; Labéda, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse; Gallerand, médecin en chef de la marine; Latteux, chef de laboratoire d'histologie à la Faculté de médecine de Paris; Masse, médecin principal de 1re classe, en retraite.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Gentilhomme, professeur à l'Ecole de médecine de Reims; Livon, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille; Battandier, professeur à l'École de médecine d'Alger; Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Castelin, agrégé près la Faculté de médecine de Lille; Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Mandon, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges; Thomas, professeur à l'Ecole de médecine de Tours; Viaud-Grand-Marais, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; Baudoin, médecin-major au 33e de ligne; Bedoin, médecin-major à l'hôpital militaire de Médéah; Boyer, délégué cantonal à Lorris; Carassus, président de la délégation cantonale de Milly; Cassedebat, médecin aide-major de 1re classe; Chantereau, conseiller d'arrondissement à Saint-Etienne-de-Mont-Luc; Edouard Choquet ; E. Donadie, délégué cantonal du IIe arrondissement de Paris; Raphaël Dubois; Mary Durand, délégué cantonal du Ier arrondissement de Paris; Guelt-Dessus, maire du IVe arrondissement de Paris; Guillaumet, médecin de l'Ecole Colbert; Labbée (Louis-Anselme-Ernest); Jean Mauriac (de Bordeaux); Jules Seure (de Saint-Germain-en-Laye); Védrine, organisateur des sociétés de gymnastique de Versailles; Edmond Delorme, médecin major de 2e classe, agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce; Moreau, auteur d'ouvrages sur l'histoire naturelle.

MM. Boudier, pharmacien à Montmorency; Fua, ancien préparateur à l'Ecole de pharmacie de Paris; Lebaigue (Robert-Eugène), chimiste; Burker, pharmacien-major de 1re classe, agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce; Trasbot, professeur de pathologie générale à l'École d'Alfort.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 19 JEUDI 17 AOUT 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 19. Jeudi 17 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 16 août 1882.

L'iodoformomanie.

Nous n'affirmons pas que l'on trouve cette maladie décrite dans les traités de médecine mentale; nous avouons même que le professeur Ball, dans ses remarquables leçons de l'asile Sainte-Anne, n'en a pas encore parlé. La maladie n'en existe pas moins ; elle est surtout fréquente en Allemagne où elle fait de nombreux ravages, mais nous en avons observé des cas en France, et peut-être est-il bon de la signaler pour modérer au moins son extension.

Cette affection pourrait porter, il est vrai, tout autre nom; elle s'est déjà présentée sous d'autres formes, mais au fond c'est toujours la même chose, c'est la manie d'un médicament nouveau, c'est cet engouement souvent irréfléchi qui fait employer dans tous les cas et pour toutes les indications, même les plus opposées, tout médicament découvert récemment ou remis récemment en vogue.

Nous avons vu cela depuis quelques années pour la pilocarpine ; est-il une maladie contre laquelle la pilocarpine n'ait été employée avec enthousiasme ? Le nouvel alcaloïde devait tout guérir, toutes les maladies des yeux, les hydropisies, le rhumatisme, la diphthérie et la rage ; et même, contre ce terrible empoisonnement, la pilocarpine fut employée dans de nombreux cas avec une telle ardeur qu'on pouvait parfois se demander quel était le plus affolé, du malade ou du médecin.

Actuellement, c'est l'iodoforme qui est en train de faire le tour de la pathologie. Parcourez les journaux allemands et vous verrez le rôle qu'il joue dans la thérapeutique de nos voisins. On ne l'emploie plus seulement dans le pansement des vieilles plaies, paresseuses et blafardes, comme cela se fait d'ailleurs depuis près de cinquante ans; on s'en sert actuellement dans le pansement de toutes les plaies, même les plus fraîches et les plus étendues. Un grand nombre de chirurgiens allemands l'ont employé au pansement de l'ovariotomie.

On s'en est servi en injections sous-cutanées dans le traitement de la syphilis ; on l'a injecté dans les cavités articulaires atteintes de fongosités.

Dans la thérapeutique oculaire, il reste peu d'affections de l'œil externe qui n'aient été soumises à son emploi. Brettauer le recommande dans le pannus trachéomateux invétéré, les granulations avec érosion de la cornée, la kératite interstitielle ; Horner dans la tuber-

culose de la conjonctive; Leber dans la kératite à hypopyon; Haase dans la dacryocystite; Grossmann dans l'ophthalmie purulente.

Dans les maladies des oreilles, on a employé l'iodoforme toutes les fois qu'il y avait écoulement d'oreille ou production dans le conduit auditif externe de polypes ou de fongosités.

A l'intérieur, l'iodoforme a été donné contre la syphilis, la diphthérie, l'ulcère simple de l'estomac, le diabète sucré (Moleschott). B. Küssner, de Halle, prétend guérir avec lui la tuberculose du larynx et des poumons.

Aschenbrandt, de Wurtzbourg, en expérimentant sur des chats, a constaté que les inhalations d'iodoforme provoquaient chez ces animaux la pneumonie et la mort; il essaie donc de dissuader ses compatriotes d'employer ce médicament chez les phthisiques, mais Küssner se place à un tout autre point de vue.

Dans toutes les discussions sur l'iodoforme, un seul point a été généralement accepté, c'est l'action presque spécifique du médicament sur les tubercules et les ulcérations tuberculeuses; mais rien ne prouve que cette action puisse également s'exercer sur la tuberculose des organes internes. Küssner, après quelques essais, a trouvé que les inhalations d'iodoforme n'avaient pas sur les poumons l'action irritante que leur attribuait Aschenbrandt; il a même pu le donner à des malades qui avaient des hémoptysies. Les inhalations doivent être faites trois ou quatre fois par jour avec une solution alcoolique d'iodoforme à dix pour cent. Avec cela le succès serait presque infaillible.

Même en acceptant les résultats formulés par Küssner dans son enthousiasme, il reste à savoir à quel parti se résoudraient les malades, rester phthisiques, ou se soumettre plusieurs fois par jour à des inhalations d'un aussi désagréable médicament.

Comme on le voit, à notre époque, où les théories parasitaires ont tant de vogue, l'iodoforme, qui pour beaucoup agit en détruisant les microbes causes des maladies, l'iodoforme peut envahir successivement toute la thérapeutique. Rappelons la sage leçon publiée dans ce journal par M. Le Dentu (1). Le savant chirurgien de l'hôpital Saint-Louis avait déjà réuni onze cas de mort par l'iodoforme; nous en avons signalé deux autres (2) tirés d'un journal allemand; ces treize cas ne sont pas les seuls et la série ne peut manquer de continuer.

Je ne sais quel médecin recommandait d'employer tel médicament pendant qu'il guérissait; il sera prudent d'attendre, pour employer aussi follement l'iodoforme, qu'il ait cessé de tuer. La chirurgie française avait depuis longtemps formulé ses indications et, ainsi limité, le médicament rendait beaucoup de services; la chirur-

(1) Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, *France méd.*, n° 30 et 31.
(2) *France médicale*. t. I. n° 9.

gie allemande est dans une période où toutes les hardiesses opératoires ou thérapeutiques lui semblent permises ; faisons notre profit de ses témérités et de ses revers, mais ne les imitons pas.

Amand CHEVALLEREAU.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE DE M. SIREDEY.

Péricardite aiguë à frigore. — Pleurésie. — Endocardite. — Aphasie transitoire. — Guérison.

Par le Dr J. COMBY.

Ancien interne des hôpitaux.

M.. (André), 22 ans, charretier, entre à l'hôpital le 31 janvier 1881. C'est un garçon robuste, sans antécédents pathologiques, héréditaires ou personnels, n'ayant jamais eu de rhumatisme, mais habitant depuis longtemps au rez-de-chaussée. Il nie les excès alcooliques et n'a éprouvé aucun trouble que nous puissions mettre sur le compte de ces excès présumés.

Nous sommes donc en présence d'un jeune homme qui ne présente aucune tare diathésique, qui n'est ni rhumatisant, ni alcoolique. Il a été frappé brusquement, en pleine santé, dans les circonstances suivantes; il a travaillé toute la nuit du 20 au 21 janvier sous une pluie battante, a été complètement trempé et, vers quatre heures du matin, s'est mis à claquer des dents et à trembler de tous les membres. Presque immédiatement il a été pris de toux, d'oppression, et de raucité de la voix. Cependant il a pu continuer son travail plusieurs jours encore et ne s'est décidé à entrer à l'hôpital qu'à la dernière extrémité. Nous le trouvons dans un état d'oppression marquée avec toux sèche, et point de côté à la région précordiale. Le pouls est à 130 par minute, la température axillaire à 40°; langue saburrale, anorexie et soif ardente. Il existe une voussure manifeste de la région précordiale, la main ne sent pas les battements de la pointe du cœur. A la percussion, on voit que la matité précordiale est très étendue, et forme un triangle à base inférieure. L'auscultation fait entendre un bruit de frottement aux deux temps, rappelant le timbre du cuir neuf, et masquant les bruits du cœur assourdis et éloignés. Il existe donc un ensemble de signes qui permettent d'affirmer l'existence d'une péricardite avec épanchement. Du côté des poumons, il n'existe rien actuellement. Les urines contiennent des traces d'albumine.

Six *ventouses scarifiées* au niveau du cœur.

Le 1er février. Le malade a été soulagé par les ventouses, et n'est plus tourmenté par cette toux sèche et quinteuse qui l'incommodait la veille. La pression au cou, sur le trajet du pneumogastrique, et dans les espaces intercostaux gauches, près du sternum, est très douloureuse. La matité est étendue depuis le deuxième espace jusqu'au dia-

phragme en hauteur, et depuis le bord droit du sternum jusqu'à la ligne axillaire dans sa plus grande largeur : cette matité si étendue pouvait faire penser à la coexistence d'une pleurésie ; mais nous devons dire que, s'il existe de la pleurésie, elle occupe un siège bien insolite, car l'auscultation des parties postérieures ne révèle rien d'anormal. Le pouls est toujours très fréquent (120) et la température élevée (39°,2).

Le malade prend trois pilules contenant chacune 1 milligramme de vératrine ; il présente des sueurs abondantes, et la température tombe de 39°,2 (matin) à 38°,7 (soir), le pouls de 120 (matin) à 108 (soir). En même temps le malade accuse un soulagement marqué.

Le 3. Frottement péricardique très rude ; pouls, 84 ; température 38°. Vésicatoire. La matité n'a pas diminué.

Le 5. Derrière le frottement devenu plus doux, on entend un bruit de galop et les battements du cœur sont plus distincts. Le malade prend d'heure en heure 1 milligramme de vératrine ; il prend ainsi 12 milligrammes par jour. Râles sous-crépitants à la base du poumon droit, sonores dans le reste de la poitrine, expectoration spumeuse incolore

Le 9. La respiration est courte, saccadée, haletante ; le malade souffre beaucoup plus que de coutume ; les contractions du diaphragme semblent avortées et entrecoupées, quoique la pression au niveau du phrénique et des hypochondres soit insensible. L'épanchement péricardique semble avoir augmenté, car les bruits du cœur sont sourds, la matité est plus accusée, et le frottement moins rude. Il n'y a rien dans les plèvres. Pouls 132.

Le 10. Dyspnée intense ; un peu de matité à la base gauche en arrière ; quelques ronchus à droite.

Le 11. Les signes de pleurésie gauche sont plus nets, et se montrent aussi à droite.

Il y a des deux côtés, en arrière, une respiration soufflante avec matité et frottements. Enfin, les attaches diaphragmatiques sont douloureuses; le bouton diaphragmatique existe, mais le point phrénique manque au cou.

La péricardite s'est donc compliquée tout à coup d'une pleurésie diaphragmatique double. Des injections de morphine procurent au malade un grand soulagement. Pour la première fois, il y a quelques douleurs au coude et à l'épaule, mais le lendemain elles n'existent plus.

Le 12. On n'entend plus le frottement péricardique, la matité a diminué, et les bruits du cœur sont moins sourds.

Le 15. Le pouls présente des irrégularités, le choc de la pointe est perceptible au palper, et la sonorité est presque normale. La pleurésie a disparu.

Le 17. Au moment de la visite, le malade devient subitement aphasique, fait de vains efforts pour répondre, et ne présente cependant aucune trace de paralysie. Au bout de dix minutes cette aphasie a disparu, et ne s'est pas reproduite. Nous ferons remarquer seulement que cette aphasie transitoire est survenue pendant que le malade avait des irrégularités du pouls.

Le 20. On entend au premier temps et à la pointe un souffle d'endocardite. En même temps la température, qui était descendue au-dessous de 38°, remonte en deux jours à 40°, et atteint ce maximum plusieurs fois en huit jours, sous l'influence de cette poussée du côté de l'endocarde. Enfin, au commencement de mars, l'état du malade s'améliore, la fièvre tombe, et la guérison est assurée. Le malade sort le 10 mars, emportant un souffle d'endocardite qui ne paraît pas le troubler actuellement ; mais qui n'a pas dit certainement son dernier mot.

Nous avons vu, dans cette observation, l'impression du froid humide provoquer chez un individu robuste et non rhumatisant une péricardite aiguë avec épanchement abondant. Au bout de quelques jours la péricardite s'est compliquée de pleurésie double, puis d'endocardite. Le pouls a présenté des irrégularités, et le malade est devenu subitement aphasique ; l'aphasie n'a duré que quelques minutes. Enfin, la guérison est survenue au bout d'un mois et demi, sans que le malade ait présenté ni avant, ni pendant, ni après sa péricardite, de localisations articulaires.

On ne peut pas dire que les manifestations viscérales (endo-péricardite, pleurésie double) soient d'origine rhumatismale ; et cependant, elles ont présenté la même évolution que dans le rhumatisme, et en partant, elles ont laissé sur l'endocarde une lésion probablement définitive. L'aphasie qu'a présentée ce malade peut s'expliquer, croyons-nous, par l'endocardite ; il suffit d'admettre qu'un petit caillot détaché de l'endocarde ait été lancé dans la sylvienne gauche, où il n'aura pu déterminer, vu son exiguité, qu'un trouble circulatoire passager.

Ces exemples d'aphasie passagère, sans paralysie concomitante, ne sont pas très rares ; car Trousseau en rapporte plusieurs exemples dans sa clinique.

Rostan, diabétique depuis quelques années, présente tout à coup de l'aphasie ; au bout de douze heures, la parole était entièrement revenue. Chez un rhumatisant, à la suite d'un accès dyspnéique avec irrégularité des battements du cœur et du pouls, on vit survenir une aphasie sans paralysie ; au bout de quarante-huit heures tout rentra dans l'ordre. Ce dernier cas nous semble passible de la même explication que celui que nous avons relaté : tandis que pour le cas de Rostan on peut invoquer simplement un trouble circulatoire (anémi-

que ou congestif) du cerveau, le mécanisme de l'embolie nous paraît convenir parfaitement aux autres cas. Les palpitations et les intermittences du cœur traduisent un embarras dans la circulation ; l'aphasie qui succède à cette arhythmie, le retour de la régularité dans les battements cardiaques, indiquent suffisamment que l'obstacle a été lancé dans la circulation et qu'un fragment est venu oblitérer l'artère de la troisième circonvolution frontale gauche.

Enfin, le prompt retour de la parole doit nous faire admettre que l'embolus est très petit, ou que la circulation collatérale a pu se faire. Nous n'ignorons pas que nous ne présentons qu'une hypothèse; on jugera de sa valeur par les arguments qui l'accompagnent.

HÔPITAL DU MIDI. — M. LE D[r] HORTELOUP.

Consolidation rapide d'une fracture de jambe chez un syphilitique,

Par E. WICKHAM,
Interne des hôpitaux.

X..., âgé de 37 ans, entre, le 20 avril 1882, dans le service du D[r] Mauriac, à l'hôpital du Midi, pour une syphilide papulo-squameuse généralisée, dont le début remonterait à un mois et demi environ. La date exacte de l'apparition du chancre initial ne peut être notée, le malade n'ayant jamais constaté, au niveau de ses organes génitaux ou ailleurs, une ulcération quelconque. Malgré cela, la nature de l'éruption est indéniable ; l'exploration des aines et de la nuque révèle la présence de ganglions multiples, durs, isolés, roulant facilement sous le doigt; de plus une céphalée tenace vient troubler le sommeil du malade.

Un traitement mercuriel (pilule de protoiodure, bain de sublimé) est institué jusqu'au 26 mai, jour de son admission dans le service de mon excellent maître le D[r] Horteloup; cette admission était nécessitée par une fracture qui était survenue dans des conditions spéciales.

En effet, X..., à l'âge de 5 ans, a été soigné à l'hôpital de Bruxelles, pour une fracture probable de la rotule, du côté droit, ayant entraîné des désordres articulaires, d'où atrophie des muscles du membre inférieur et rétraction de la masse musculaire postérieure de la cuisse. Aujourd'hui la jambe est immobilisée à angle droit avec le segment supérieur du membre, ce qui permet au malade de marcher le genou appuyé sur un pilon.

Le 26 mai, X... était debout le long de son lit, lorsque l'extrémité de son pilon a glissé entre le lit et le plancher; la jambe droite s'est trouvée prise entre le sol et le pilon, une fracture indirecte des deux

os de la jambe s'est produite à six ou sept centimètres au-dessous de l'interligne articulaire fémoro-tibial.

Nous avons appliqué immédiatement un appareil ouaté, silicaté, consolidé par des attelles en bois : le mercure a été supprimé à partir de cette époque, mais, vu les phénomènes céphaléiques, l'iodure de potassium a été continué à la dose de 2 grammes par jour.

Trente-trois jours après l'accident, nous avons levé l'appareil : la consolidation était parfaite. Ajoutons que l'éruption syphilitique était plus intense et plus généralisée qu'au moment de l'entrée dans notre service.

Ainsi donc nous nous trouvons en présence d'une fracture des deux os de la jambe survenue chez un syphilitique en pleine période secondaire, dont la consolidation a été hâtive ; en ce cas particulier, la syphilis semble avoir exercé une action plutôt bienfaisante.

Ce fait nous a paru intéressant, puisque certains auteurs prétendent que le retard dans la consolidation des fractures est la règle, lorsque de telles lésions surviennent chez des syphilitiques en pleine période secondaire et que le chirurgien n'a pas la précaution d'avoir recours aux mercuriaux pendant la formation du cal.

L'ophthalmie purulente factice produite par la liane à réglisse ou le jequirity du Bresil (1),

Par M. L. De Wecker.

Depuis des siècles, on se sert, à l'intérieur du Brésil, de l'infusion des graines de la liane à réglisse ou jequirity (suivant la désignation employée communément au Brésil) pour le traitement des ophthalmies, et ce moyen jouit dans le peuple d'une très grande vogue. La liane à réglisse (*Abrus precatorius*), appartient à la famille des Légumineuses. C'est un abrisseau de l'Afrique et de l'Asie tropicale transplanté en Amérique. Ces graines, rouge corail, à hâle noir, très luisantes et très dures, servent pour faire des chapelets et des colliers que l'on vend beaucoup en Orient.

Un produit cristallisé, que la maison Rigaud avait fait extraire des graines de la liane à réglisse, fut tout d'abord essayé en instillations et en injections sous-cutanées, à la clinique du Dr de Wecker, mais sans qu'on pût observer aucune action particulière. C'est alors qu'on se servit de ces graines suivant la recette populaire, à la façon usitée à l'intérieur du Brésil, c'est-à-dire en faisant une faible infusion à froid des graines préalablement réduites on poudre. On arrive alors promptement à constater l'action suivante :

1° Appliquée en lotions, cette infusion détermine rapidement une

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. Wurtz.

ophthalmie purulente d'aspect croupal, dont on peut doser, jusqu'à un certain point, l'intensité suivant le nombre des lotions faites;

2° Cette purulence se produit avec une promptitude égale à celle des inoculations provoquées avec le pus d'une ophthalmie purulente ou d'une blennorrhagie Elle peut être poussée, par un emploi prolongé des lotions, jusqu'à une intensité presque égale à celle d'une ophthalmie inoculée;

3° L'ophthalmie factice, produite par des lotions avec l'infusion des graines de la liane à réglisse, se dissipe, dans l'espace de dix à quinze jours, sans aucune intervention thérapeutique, et paraît ne laisser courir, pendant toute sa durée, aucun danger à la cornée, même lorsque celle-ci se trouve être le siège d'une ulcération antérieure.

Cette faculté particulière qu'offrent ces graines, de provoquer une ophthalmie factice fort intense, mais de courte durée, pourra être très avantageusement utilisée en thérapeutique oculaire, pour le traitement des granulations, du pannus, de la diphthérie conjonctivale, etc. Ce moyen est appelé à remplacer avec grand profit les inoculations, qui présentent toujours un certain danger. Ce pouvoir de provoquer une inflammation substituée, d'un dosage assez facile, pourra aussi être utilisé dans le traitement des maladies d'autres muqueuses et la réputation des feuilles de la liane à réglisse dans la toux croupale est depuis longtemps établie chez certaines peuplades de l'Orient.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI° ARRONDISSEMENT

Séance du 22 *mai* 1882. — *Présidence de* M. MACHELARD.

M. le Dr Reuss, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté à l'unanimité.

M. le Dr Foucart rend compte de la correspondance manuscrite et imprimée, et, en particulier, d'une lettre de M. Depasse, se portant candidat, comme membre de la Société médicale du VI° arrondissement.

Le Dr Le Coin est chargé de faire un rapport sur cette candidature.

M. Duchaussoy donne quelques détails sur une épidémie de fièvre rémittente, observée à Cannes, dans le courant de cette année, et demande si le même phénomène s'est présenté à Paris. Il signale certains travaux de terrassement qui ont été faits dans la ville, mais pense que ces travaux ne sont pour rien dans le développement de l'épidémie signalée.

M. Machelard dit que, d'après Chomel, ces travaux de terrasse-

ment ont une grande importance, et ajoute que le traitement par le sulfate de quinine réussit assez bien.

M. Duchaussoy admet, en effet, dans ces cas, l'usage du sulfate de quinine, mais non pas exclusivement. Il est bon d'employer concurremment les lotions antiseptiques, les toniques, les purgatifs, etc.

M. Dr le Bonnefin demande si, dans cette épidémie, on a constaté les taches rosées lenticulaires.

M. Duchaussoy répond que ces taches ont manqué dans certains cas, mais que les autres symptômes étaient manifestes.

A l'occasion de cette observation, *M. le Dr Coursserant* parle d'un malade atteint de fièvre typhoïde, chez lequel une exploration maladroite et des pressions répétées sur le ventre auraient déterminé une hémorrhagie.

M. Dromain ne croit pas que ces pressions, destinées à rechercher le gargouillement de la fosse iliaque, aient été suffisantes pour déterminer une hémorrhagie, au début de la maladie, alors même que le diagnostic ne présentait rien de certain. Il faut distinguer, dans la fièvre typhoïde, les hémorrhagies du début et celles de la fin. Ces dernières, dues à des ulcérations profondes, sont toujours d'une certaine gravité ; il ne croit pas aux hémorrhagies dites *critiques* de certains auteurs.

M. Duchaussoy rappelle certains arrêtés préfectoraux, tendant à enjoindre aux médecins de faire une déclaration des avortements qu'ils auront constatés, même avant le quatrième mois.

D'après M. Duchaussoy, le préfet n'a pas le droit de réglementer ainsi la profession médicale. — La Société de médecine pratique a déjà protesté contre cet arrêté préfectoral. La Société médicale du VIe arrondissement ferait peut-être bien de faire de même.

M. Foucart dit qu'aucune circulaire n'a été envoyée aux médecins du quartier, pour les engager à dénoncer les cas d'avortement naturels qu'ils auraient à constater.

M. le Dr Bonnefin pense que, du moment où la Société n'a pas été saisie officiellement de cette question, il n'y a pas lieu d'y donner suite et d'émettre un vote, *ni pour, ni contre.*

M. Polaillon, tout en se rangeant à l'opinion de M. Bonnefin, déclare que, toutefois, certaines municipalités semblent attacher une certaine importance à ces décisions préfectorales. Il cite à l'appui de son opinion un fait qui s'est passé, dernièrement, dans le XIVe arrondissement, à la suite d'une fausse couche de trois mois et demi. Le père ayant déclaré l'enfant à la mairie, la municipalité a dressé un acte de naissance ; le médecin de l'état-civil a été envoyé..., et il y a eu des funérailles.

M. Dromain dit qu'il a porté, il y a quelques jours à peine, un fœtus, de plus de quatre mois, à l'Ecole pratique, sans qu'il lui ait été

demandé le moindre renseignement; et que, dans le cas où les municipalités exigeraient lesdits renseignements, il se croirait toujours en droit de les refuser.

M. Polaillon donne quelques détails sur un cas de *dystocie*, observé à la suite de cautérisations trop énergiques, au fer rouge. sur le col de la matrice, — cautérisations qui empêchèrent la dilatation naturelle pendant l'accouchement. Il y eut lieu de pratiquer des débridements au moyen du bistouri et des ciseaux de Smélis.

M. Polaillon insiste sur le danger des cautérisations *à outrance* dans les affections utérines.

M. Berger soumet à la réunion l'observation d'un cas d'*athrésie du col*, observé à l'hôpital Saint-Louis.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire,
Dr J.-E. Dromain.

Erratum. Une faute d'impression s'est glissée dans le compte-rendu de la dernière séance (v. n° 18, mardi 15 août).

Page 214. lignes 29 et 30, il faut lire : « *Ladrerie*. — Mr Troisier présente au nom du Dr Fournaise et au sien. »

Au lieu de : M. Troisier présente au nom du Dr Fournaise et *autres*.

Le lecteur aura peut-être fait lui même cette rectification, sans laquelle la phrase n'aurait pas de sens.

CORRESPONDANCE

Lyon, 4 *août* 1882.

A Monsieur le rédacteur en chef de la *France médicale*.

Monsieur et très honoré confrère,

La lettre de M. Moutard-Martin a attiré mon attention sur le cas de collapsus attribué à l'acide phénique dans un cas de fièvre typhoïde grave, publié au n° 7 de la série. Il me semble qu'il y a eu de la part de l'interne une singulière *prévention*, pour n'avoir pas hésité à attribuer tout de suite à l'emploi de l'acide phénique des phénomènes intercurrents qui étaient très probablement, pour ne pas dire évidemment, le fait de l'état morbide, et se seraient produits après l'administration de toute autre substance, même l'eau sucrée.

Voilà trois ans que l'acide phénique est employé, à l'hôpital militaire de Lyon, en lavements à des doses beaucoup plus fortes que celles de 0 gr. 25 centig., sans que jamais il se soit produit de fait de ce genre.

Pour ma part, depuis quatre ans, je l'emploie très souvent en in-

jections hypodermiques dans les fièvres zymotiques et les fièvres intermittentes à la contenance de 0 gr. 02 centigr. d'acide phénique, sans que jamais j'aie eu à noter un soupçon de collapsus. Et notez que cette dose est souvent renouvelée dans la soirée, et que je compte des centaines de cas de co genre sans que jamais j'aie eu à constater autre chose que des effets utiles!

Il est bien fâcheux de voir jeter un discrédit immérité sur une substance médicamenteuse qui rend tous les jours d'immenses services et pourrait en rendre de plus grands encore ; c'est pourquoi j'espère que vous voudrez bien publier cette lettre.

Agréez, je vous prie, l'expression de mes sentiments de parfaite confraternité.

FERRAN,
Ex-médecin major de 1re classe.

NOUVELLES

LES MÉDECINS DEVANT LES TRIBUNAUX. — En octobre 1880, M. R..., marchand de bois à Belleville, se fait une fracture à la jambe, compliquée de plaie, pour laquelle il reçoit les premiers soins du Dr Tissot, habitant la même ville.

A la demande d'honoraires introduite par notre confrère, M. R..., sur le conseil, dit-on, du sieur T..., médecin à Mâcon, formule une demande reconventionnelle de 10,000 fr. de dommages-intérêts, basée sur l'oubli ou l'ignorance de toutes les règles de l'art, en particulier sur l'emploi du perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie.

Sur un rapport de MM. les docteurs Bron, Levrat et B. Teissier, de Lyon, commis par le tribunal à titre d'experts, lequel faisait justice des accusations dirigées contre le Dr Tissot, M. R .., offre de payer les honoraires (301 fr.), tous les frais du procès et de se désister de sa demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

M le Dr Tissot, sans accepter lesdites offres, demande à R... 5,000 fr. d'indemnité pour le préjudice causé, la suppression comme diffamatoires des conclusions notifiées par R..., et enfin une certaine publicité du jugement à intervenir.

Le tribunal civil de Villefranche, jugeant en premier ressort, en son audience du 10 mars 1882, condamne R... à payer au Dr Tissot la somme de 301 fr. pour les soins qu'il a donnés, déclaré mal fondée la demande reconventionnelle de R... contre Tissot, condamne R... à payer au docteur Tissot, avec intérêts du jour de la demande, la somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts, et à tous les dépens, lesquels comprendront les frais et honoraires de l'expertise.

— Devant un autre tribunal, celui de Château-Chinon, s'est déroulé un procès dans lequel étaient en cause deux confrères, exercant la médecine à Saint-Honoré-les-Bains.

Un illettré M... est envoyé à cette station avec une carte de visite d'un

médecin de la Côte-d'Or le recommandant aux soins de M. le Dr O... Un conducteur d'omnibus conduit M... chez le Dr B..., propriétaire d'un hôtel, qui garde la carte de visite et le malade.

Le Dr O..., mis au courant de cet incident, est naturellement peu satisfait de la conduite du Dr B..., l'interpelle vivement sur la voie publique, et lui jette à la face une épithète plus que vive.

B..., voyant dans ce fait une injure grave à sa personne, et un préjudice considérable à ses intérêts, traduit son confrère devant le tribunal correctionnel pour s'entendre condamner aux peines et amendes édités par la loi de 1819, et à 10,000 fr. de dommages-intérêts.

Le tribunal, sur la demande de l'avocat de O..., et sur les conclusions conformes du ministère public, condamne le Dr B... aux frais et le déboute de sa demande en dommages et intérêts.

Peu satisfait de l'issue de son procès, le Dr B... en appelle à la cour de Bourges, qui confirme de tous points le jugement du tribunal de première instance. (*Lyon médical*).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 4 *au* 10 *août* 1882. — Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 7. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 70.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 34.

Bronchite aiguë, 9. — Pneumonie, 37. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 77; au sein et mixte, 31; inconnu, 7. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 91; l'appareil circulatoire, 47; l'appareil respiratoire, 51; l'appareil digestif, 41; l'appareil génito-urinaire, 22; la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 3. — Nombres absolus de la semaine, 906.

Résultats de la semaine précédente : 929.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *éditeurs. Paris.*

Conseils aux jeunes mères, aux nourrices et aux sages-femmes pour éviter la mortalité fréquente chez les enfants en bas âge, par le Dr GIRAULT, médecin inspecteur de l'asile modèle des écoles communales, etc.. 1 vol. in-8°. 1 fr. 25

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, *rue Casimir Delavigne.*

Physiologie et hygiène de la première enfance, considérés surtout au point de vue de l'alimentation, par S. TARNIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef de la Maternité, membre de l'Académie de médecine, et J. CHANTREUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de biologie. 1 vol. in-12 de 250 pages. 3 fr. 50

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 20 SAMEDI 19 AOUT 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
[illegible]eur de clinique chirurgicale, [M]embre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
[Pro]fesseur agrégé à la Faculté, [Ch]irurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

[Adr]esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
[Le]s ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Le]s Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 20 Samedi 19 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINÉAU.

De l'évolution de la syphilis,

Leçon recueillie par M. HAMONIC,
Interne du service.

L'évolution de la syphilis peut être divisée en trois périodes :

1° Accident primitif (chancre infectant); 2° accidents secondaires (syphilides muqueuses et cutanées); 3° accidents tertiaires (lésions organiques). Mais cette division est arbitraire, car pendant que l'accident primitif évolue, on peut observer des accidents secondaires. De même les accidents tertiaires peuvent coïncider avec les secondaires.

Cette remarque est importante. On a voulu en effet attribuer des caractères spéciaux de gravité aux syphilis où les accidents tertiaires coïncident avec les secondaires. On a été même jusqu'à distinguer des formes où les accidents tertiaires pouvaient ouvrir la marche.

Aussi a-t-on proposé une classification et a-t-on distingué les manifestations en : *superficielles* (intéressant la peau et les muqueuses); *profondes* (accidents viscéraux). Mais le médecin doit savoir qu'en même temps que les accidents superficiels, on peut observer des manifestations viscérales. Tels sont les ictères épithéliaux ou discrasiques qu'on observe dans la période secondaire, et les albuminuries épithéliales ou discrasiques qui s'offrent dans les mêmes conditions.

Je ne demande pas mieux que l'on conserve cette dénomination qui caractérise bien l'évolution de la syphilis. Mais je ne voudrais pas qu'on y attachât une aussi grande importance qu'on paraît le faire, au point de vue de la thérapeutique et surtout au point de vue de la bénignité ou de la malignité de la maladie générale syphilitique. Les diverses manifestations locales de cette maladie ne sont en effet qu'une conséquence de l'évolution continue, progressive et successive de la maladie infectieuse, de l'infiltrat qui la caractérise. A ce titre le médecin doit combattre cet infiltrat dès son apparition, à l'aide de tous les moyens thérapeutiques dont il dispose. Il doit en prévenir le développement par une thérapeutique continue et progressive ainsi que je l'ai dit et que je le redirai dans un instant. Il doit abandonner cette thérapeutique intermittente qui s'adresse seulement aux manifestations syphilitiques, et non à la maladie elle-même. Aussi ne faut-il pas s'étonner si la syphilis est considérée comme in-

curable par un grand nombre de médecins. Ces réserves faites, sachons que l'évolution de la syphilis s'effectue en 4 ou 5 ans, dans les cas ordinaires. Elle se prolonge parfois durant 15 ou 20 ans, surtout si la thérapeutique a été incomplète ou mauvaise.

Que par une circonstance quelconque, souvent inappréciable, l'évolution de la maladie soit troublée, ou activée ; que la syphilis parcoure toutes ses périodes avec rapidité : qu'elle s'accompagne de phénomènes graves, aigus, suraigus ; que la cachexie soit rapide, l'évolution de normale devienne anormale ; le médecin se trouve en présence de la syphilis maligne des auteurs, expression, suivant moi, impropre. En effet les accidents de la syphilis sont connus, prévus. Ils peuvent être enrayés rapidement. Ils se produisent dans des conditions nettes, déterminées et n'étonnent pas le médecin quand ils apparaissent. Au contraire, la malignité constitue une énigme. Elle survient clandestinement et frappe l'individu sans qu'on puisse prévoir ce qui va survenir. Ainsi, par exemple, dans le cours des fièvres éruptives, des accidents inopinés peuvent surgir tout à coup et tuer le malade, alors que rien ne le faisait soupçonner. De là des formes malignes et bénignes qui s'imposent à l'esprit du clinicien, pour qui il y a toujours un point de doute relativement aux phénomènes morbides qui vont se dérouler. Dans la malignité, *le chien mord sans aboyer*. L'expression de syphilis anormale me paraît à tous égards préférable ; elle caractérise suffisamment une affection dont l'évolution, tout en n'étant pas naturelle, suit pourtant la même ligne générale.

Du reste le mot « malin » est une redondance quand on l'applique à la syphilis, maladie virulente grave qui non traitée va produire les plus grands désordres dans l'économie.

Quelles sont les raisons pour lesquelles une syphilis normale devient anormale ?

Elles résident uniquement dans des conditions de terrain sur lequel évolue la maladie, dans des conditions de constitution, d'hygiène, de climat : conditions très-diverses que je chercherai à préciser lorsque j'aurai parlé de l'évolution anormale.

Dans la syphilis anormale, les accidents cutanés apparaissent rapidement, au bout de six semain esou deux mois, c'est-à-dire après un laps de temps plus court que dans la syphilis normale. De plus, les prodromes sont plus accusés. Le malade est fébricitant, il a de la céphalalgie, de l'anorexie. Il est pâle, s'émacie, se fatigue, s'affaiblit. Il aime à garder le lit. Il est apathique, son sang est pauvre en globules et le chiffre de ces derniers peut tomber au-dessous de deux millions.

Puis souvent l'éruption et, chose caractéristique, les manifestations ne sont pas généralisées. Elles sont localisées. Vous avez pu

observer plusieurs fois ce fait dans mes salles. Actuellement, au nº 11 de la salle Saint-Louis, est couchée une malade qui offre au niveau de la fesse une ulcération syphilitique tertiaire, sans autre manifestation. Il s'agit là d'une syphilis anormale, et l'ulcération spécifique est si peu accompagnée d'autres manifestations, qu'on l'a prise à l'hôpital Saint-Louis pour un chancre phagédénique.

Donc les manifestations sont localisées, et c'est un caractère important dans l'espèce. Bazin admettait que dans ces cas la syphilis débutait par la face et allait se généralisant. C'est là une erreur ; elle peut débuter par les points les plus différents, ainsi que je le constate sur les joues. L'éruption est étendue en surface. Les papules, bulles, pustules etc., etc., sont très larges. Dans la syphilis normale, ces lésions progressent lentement et se cicatrisent rapidement. Dans la syphilis anormale, elles progressent rapidement et aboutissent à l'ulcération.

Les ulcérations cutanées se recouvrent de croûtes verdâtres ou noires, qui s'imbriquent, s'épaississent à la circonférence, et cachent une nappe de pus. Celui-ci se fait jour au niveau de la périphérie, si on comprime les croûtes. Il devient de plus en plus abondant, et les croûtes détachées naturellement ou artificiellement (cataplasmes, bains), l'ulcération reste à nu. Celle-ci est entourée d'une zone d'un rouge sombre. Les bords sont légèrement taillés à pic, saillants, mais ils ne sont pas décollés comme dans le chancre non infectant. Le fond est grisâtre, pulpeux. La base repose sur un empâtement diffus, étendu, qui diffère essentiellement de l'induration parcheminée du chancre infectant. C'est, en effet, un empâtement inflammatoire; les tissus voisins sont rosés, et conservent l'empreinte du doigt. Plus tard, le fond devient rosé, se recouvre de bourgeons charnus et l'ulcère se cicatrise. Si l'ulcération persiste, elle progresse en profondeur et en largeur.

Dans le premier cas elle détruit les aponévroses, les muscles, etc., et détermine même des accidents du côté des os.

Dans le deuxième cas, la lésion présente ce fait particulier à toutes les manifestations syphilitiques, de progresser du centre à la circonférence.

Lorsque la guérison survient, le travail de réparation s'effectue de même du centre à la circonférence.

La cicatrice est de couleur foncée sombre, elle se fronce et c'est là un des caractères importants des cicatrices des ulcérations spécifiques qui les différencie des cicatrices des ulcérations scrofuleuses qui sont lisses et adhérentes aux parties profondes. A la longue, ces cicatrices spécifiques deviennent blanches.

J'ai laissé de côté, dans l'évolution normale de la syphilis, le symptôme *douleur*. C'est qu'en effet, dans ce cas, les manifestations même

les plus accusées ne sont pas douloureuses. S'il survient de la douleur il faut l'attribuer à une complication inflammatoire. Au contraire, dans la syphilis anormale, la douleur existe, et quelquefois elle est telle qu'elle occasionne une insomnie persistante, et ne cède qu'aux injections hypodermiques de morphine.

Pendant que se produit cette évolution, l'état général, déjà mauvais, s'accentue. La cachexie s'accuse. La peau devient sèche, terreuse. Le malade transpire facilement, il n'a plus d'appétit ; il est apathique ; il n'a pas le moindre entrain. La mort peut survenir dans ces circonstances.

Tous ces accidents sont accompagnés de fièvre subcontinue ou continue. La température s'élève le matin à 38°, 38°5, et offre des exaspérations vespérales pouvant s'élever à 40°. Dans certains cas, la fièvre est telle qu'on peut avoir un diagnostic à établir avec la fièvre typhoïde.

Cette évolution peut être lente ou rapide. Elle se termine par la guérison ou la mort.

En même temps que les manifestations cutanées et muqueuses (bulles, pustules, ulcères, etc.), on voit survenir des lésions des systèmes nerveux, vasculaire, des os et du périoste (exostoses et périostoses), des lésions du foie, des reins, de la rate, des infiltrations gommeuses de la peau, etc., etc. ; toutes ces lésions constituant les accidents dits tertiaires, qui, dans l'espèce, évoluent avec les accidents secondaires.

Ces accidents, peu graves dans la syphilis normale, acquièrent dans la forme anormale une gravité spéciale, parce qu'ils évoluent très rapidement. L'infiltrat syphilitique arrive promptement à la fonte purulente, à l'ulcération.

On a cherché à établir des divisions et à classer les syphilis anormales. Bazin reconnaissait trois variétés : 1° *Variété puro-ulcéreuse* (impétigo et ecthyma), ouvrant la marche des manifestations. Les papules et les plaques muqueuses surviennent rapidement. 2° *Variété tuberculo-crustacée ulcéreuse*, début par tubercules ; les gommes et les infiltrats s'ulcèrent hâtivement. 3° *Variété tuberculo-ulcéreuse gangréneuse*, début par éruption papulo-tuberculeuse avec formation rapide d'eschares et perte de substance plus ou moins considérable.

Vous en avez un très bel exemple dans le musée de l'hôpital de Lourcine où vous pouvez voir moulée une pièce provenant d'une malade qui, atteinte d'une syphilide ulcéro-gangréneuse énorme de la jambe gauche, a guéri rapidement en moins d'un mois sous l'influence des injections de peptone mercurique à 10 milligrammes. Pour moi, ces variétés sont purement artificielles. Elles ne sont que des accidents normaux qui évoluent rapidement sous l'influence d'une circonstance variable connue ou inconnue.

On a aussi divisé les accidents de la syphilis anormale en précoces et tardifs, suivant l'époque de leur apparition. Cette division est encore factice. Il arrive fréquemment que la syphilis évolue normalement pendant un an ou davantage. Puis, tout à coup, l'évolution devient active, rapide, anormale, de grandes manifestations syphilitiques cutanées, muqueuses ou viscérales surviennent. Il faut invoquer une circonstance spéciale, surtout l'alcoolisme, pour expliquer cette modification subite qui ne se serait pas produite si une bonne hygiène avait été observée.

J'arrive maintenant, Messieurs, à une question bien intéressante et bien difficile à résoudre! Pourquoi la syphilis évolue-t-elle anormalement? Quels sont les facteurs étiologiques de cette déviation d'évolution de la maladie?

Un de mes élèves, M. le Dr Ott, dans sa thèse inaugurale, a essayé de résoudre cette question; il a étudié les diverses circonstances qui paraissent exercer une certaine influence sur l'évolution de la syphilis.

Les médecins militaires et de la marine ont étudié l'action des climats. Mais ils l'ont fait à un point de vue trop général et sans examiner les autres conditions. Cependant l'accord règne sur un point: la température seule ne paraît pas influencer d'une manière nette et précise l'évolution de la syphilis.

Dans la zone torride, entre + 25° nord et sud (Amérique centrale, Guatemala, San Salvador etc.), la syphilis est très commune (les règlements de police font complètement défaut). Cependant elle n'est pas grave. Les malades n'en prennent aucun soin. Il en est ainsi dans le haut Sénégal, toutefois les accidents secondaires et tertiaires sont tenaces. Dans la Guinée, l'Abyssinie, la syphilis est souvent moins grave que dans les zones tempérées. Dans l'Inde, l'évolution de la syphilis est plus rapide chez la femme que chez l'homme, probablement à cause des conditions hygiéniques différentes.

En Cochinchine, l'évolution est rapide, et les manifestations ont de la tendance à s'étendre, à devenir serpigineuses. Mais on doit invoquer ici l'état misérable des indigènes, et surtout la cachexie paludéenne sur laquelle se greffe la syphilis, maladie essentiellement cachectisante. Aussi a-t-on remarqué que la syphilis est plus grave chez les Européens que chez les indigènes.

Dans les zones chaudes comprises entre + 25° (nord) et + 15° (sud), les médecins ont souvent constaté la gravité des accidents secondaires et tertiaires. Dans la Kabylie, l'Himalaya, les îles Sandwich, la syphilis est ordinairement sérieuse. Chez les Européens, elle amène de graves lésions ulcéreuses, des nécroses, caries du palais, etc. Ce n'est pas la température qu'il faut incriminer; mais bien la misère, la malpropreté, l'incurie et l'absence de tout traitement. Aussi ces

accidents redoutables s'observent-ils de préférence chez les scrofuleux ou les tuberculeux. Dans les zones chaudes, hémisphère sud, notamment au Pérou, au Chili, la même cause se rencontre; aussi la syphilis est très grave.

Dans ses relations de voyage, Livingstone affirme que la syphilis guérit spontanément dans l'Afrique australe.

Dans les zones tempérées (+ 15° à + 5°, Ecosse, Norwége, Suède), on n'observe rien de caractéristique. En Russie (pays des Samoyèdes), en Finlande, la syphilis est grave, et une loi accorde à tout sujet contaminé, quelle que soit sa position de fortune, des soins gratuits. En Roumanie, la gravité de l'affection paraît tenir à la cachexie palustre qui y est endémique. A Constantinople, la syphilis est assez sérieuse, probablement à cause de la mauvaise hygiène des habitants. En Chine, la vérole est bénigne chez les indigènes, malgré le défaut de soins et de traitement. On attribue ce fait à l'atténuation du virus, qui existe depuis des siècles dans ce pays et qui se transmet facilement, quoique la prostitution légale soit interdite; mais elle est remplacée par la pédérastie. Elle est grave chez les Européens. Au Japon, la syphilis est grave. Il en est de même dans l'hémisphère sud, au Chili. Dans tous ces pays, la constitution est très affaiblie; c'est là une cause plus plausible que le climat pour expliquer la gravité de la maladie. A l'île de la Conception, la vérole est grave. Là aussi, il faut invoquer les mauvaises conditions hygiéniques et l'absence de tout traitement.

Dans les zones froides, entre + 5° et — 5° dans l'hémisphère nord, au Canada, Halifax, Terre-Neuve, la syphilis, quoique assez fréquente, ne présente aucune gravité. Elle n'est pas grave non plus, quoique fréquente, dans les régions polaires (entre — 5° et — 15°), telles que le Groënland.

En résumé, à ne tenir compte que de la température, la syphilis serait plus grave dans les zones tempérées, chaudes, que dans les zones tropicales, torrides ou glaciales. Mais cette gravité tient moins au climat qu'au défaut d'hygiène, ou à l'existence d'une maladie antérieure (scrofule, tuberculose), ou d'une cachexie endémique (cachexie paludéenne, alcoolisme).

L'âge du malade est-il en rapport avec la gravité de l'affection?

La syphilis est plus grave chez l'enfant et le vieillard que chez l'adulte (d'après les auteurs français), parce que chez les premiers la force de résistance est moins grande; l'aglobulie survient bien plus aisément. Sigmund (de Vienne) ne partage pas cette opinion.

Quelques médecins ont invoqué, pour expliquer la gravité de la maladie, les causes contaminantes. On a prétendu que, contractée par le fait d'un accident secondaire, la syphilis est plus grave que si

elle l'est par le fait d'un chancre. Mais on n'a aucune preuve. Cette question, du reste, est difficile à résoudre, car la plupart des contagions a lieu par les syphilides. On a aussi prétendu que la gravité était plus grande lorsque la contamination était le fait du saphisme, du cathétérisme, de la transplantation des dents, ou lorsque le virus était inoculé par un objet quelconque (chaussettes, comme dans le cas de M. Polaillon, etc., etc.).

MEMENTO PRATIQUE

Pommade a l'acide borique. — *M. J.-L. Championnière* recommande, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, la pommade à la vaseline et à l'acide borique, mélange antiseptique, de conservation indéfinie, et qui rend des services multiples. C'est un antiseptique non irritant.

C'est une pommade très douce dont on peut se servir pour les plaies superficielles qu'il est important de ne pas irriter; on l'applique sur un linge, sur de la ouate salicylée ou sur de la ouate dégraissée.

On s'en sert avec grand avantage en topique sur l'eczéma et l'intertrigo, maladies sinon parasitaires, au moins donnant des plaies habitées et entretenues par des parasites. Il n'y a pas de meilleur topique dans l'érythème des fesses des nouveau-nés. C'est une graisse toujours propre et aseptique pour graisser le doigt et les instruments. Partout où il y a une plaie irritée, c'est un topique précieux.

L'acide borique est un antiseptique moins énergique que l'acide phénique; son action désinfectante est cependant très puissante. M. J.-L. Championnière l'a employé avec succès sur des eczémas très fétides, puis sur des pieds donnant une mauvaise odeur. Après le lavage des pieds, il fait appliquer la pommade dans les espaces interdigitaux; l'effet est excellent. L'application doit être fréquemment renouvelée. On sait qu'il existe un parasite de la sueur fétide des pieds.

M. J.-L. Championnière formule ainsi cette pommade:

Acide borique finement pulvérisé..	6	grammes.
Vaseline......................	30	—

Il faut recommander au pharmacien de n'employer que de la poudre d'acide borique, passée au tamis si c'est possible, et de l'incorporer dans la vaseline. Il ne faut pas dissoudre l'acide borique dans l'alcool ou la glycérine, ce qui rend la pommade irritante.

Pour faire une pommade d'odeur agréable, on peut y ajouter di-

verses substances. La pommade suivante était recommandée dans l'eczéma par le Dr Delaporte :

Acide borique finement pulvérisé...	6 grammes.
Vaseline	30 —
Baume du Pérou...............	0 gr. 50 cent.

A l'hôpital, la vaseline boriquée est employée dans la chirurgie des enfants toutes les fois que l'on veut éviter de l'irritation.

TRAITEMENT DES OXYURES VERMICULAIRES. — Dans une leçon reproduite par M. Greffier dans la *Thérapeutique contemporaine*. M. *Archambault* donne les moyens de se débarrasser de ces parasites. Ces moyens sont nombreux. On peut employer : les lavements d'eau de chaux (100 à 200 gr.) pendant cinq à six jours. West conseille, en cas d'insuccès, d'y ajouter un peu de perchlorure de fer (5 à 8 gr.). On peut encore donner des lavements avec de l'eau sucrée très chargée ou de la suie de bois (25 gr. pour 200 grammes d'eau).

Mais les préparations mercurielles sont préférables ; par exemple, le suppositoire suivant :

Onguent napolitain.	0,05 centigr.
Beurre de cacao.	q.s.

pendant cinq à six jours.

Ou les solutions suivantes :

1°	Sublimé corrosif.	0,02 centigr.
	Eau.	100 grammes.
2°	Biiodure de mercure	0,01 centigr.
	Iodure de potassium.	0,10 —
	Eau.	100 grammes.

tous les deux jours.

On peut encore donner le semen contra ou la santonine (0,20 à 0,40 centigr.). Mais il faut savoir que la guérison n'est pas facile. Les lavements ne portent pas assez haut, car les oxyures peuvent siéger plus haut que l'S iliaque. Il faudrait donner des lavements plus abondants, mais alors ils sont rendus presque immédiatement. On pourrait encore porter les lavements plus haut au moyen d'une sonde introduite profondément dans le rectum.

On peut procéder différemment, en donnant le médicament à la fois par la bouche et par l'anus. Par exemple, en même temps qu'on donnera un lavement à la santonine, on l'administrera par le haut à la dose de 0,15 à 0,20 centigr. pendant trois ou quatre jours. En y associant le calomel, la réussite est presque certaine.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 25 *mai.* — *Présidence de* M. le professeur B. BALL.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président annonce à la Société la mort d'un de ses membres, sir John Rose Cormack, médecin de l'hôpital Wallace et ancien rédacteur du *Journal d'Edimbourg.* Forcé de quitter l'Ecosse pour rétablir sa santé, M. John Cormack s'était fixé en France où, à un âge déjà avancé, il avait passé ses examens de doctorat, ne se contentant pas, comme tant d'autres médecins étrangers, d'une simple autorisation ministérielle, pour exercer en France. Sa valeur scientifique tout autant que la dignité de son caractère lui méritent toutes les sympathies de la Société, qui s'associe certainement à l'hommage de son président.

M. Thibierge lit un rapport sur les candidatures au titre de membre de la Société.

A la suite de ce rapport, il est procédé aux élections, qui se terminent par la nomination de MM. de la Personne, Berne, Launois, Walter, Gendron, Ricard, Bellangé et Lacaze.

La séance est levée à 9 heures et demie.

Les secrétaires des séances,
H. BARTH et P. MERKLEN.

VARIÉTÉS

La décadence de la famille en Amérique.

Nous donnons ci-dessous la traduction d'un article de *The medical Record*, de New-York (29 juillet). On le lira avec d'autant plus d'intérêt que nous ne sommes pas, en France, entièrement à l'abri des reproches qui y sont formulés.

Nous n'aimons pas à nous plaindre, mais il est impossible d'ignorer les faits qui ont été mis en lumière depuis un ou deux ans par le Dr Goodell, le Dr Nathan Allen et quelques autres. Ces faits sont relatifs à la dégénérescence physique de nos hommes et de nos femmes et à la décadence de la famille chez les Américains. Le Dr Allen, qui étudie ce sujet depuis plusieurs années, a présenté très nettement la question dans un article intitulé : « La famille dans la Nouvelle-Angleterre » et publié dans *The New England.* Il montre que le but de la famille est triple : c'est la création des enfants, la sauvegarde de la pudeur et le besoin de se créer une compagnie et de s'aider mutuellement. A chacun de ces trois points de vue, la famille

américaine, surtout dans la Nouvelle-Angleterre, a subi une décadence marquée et progressive depuis déjà un siècle.

En ce qui concerne la procréation des enfants, la natalité dans la Nouvelle-Angleterre est beaucoup moins considérable qu'elle ne l'était autrefois. Ce résultat est dû non seulement aux avortements. et aux mesures que l'on prend pour éviter la conception, mais encore à une modification dans l'organisme des parents. Les individus chez lesquels l'équilibre n'est pas bien établi entre les tissus et leur fonctionnement sont moins fertiles. Les tempéraments très nerveux ou lymphatiques diminuent les facultés de reproduction. Les tendances de notre époque sont à la culture intellectuelle et à un développement artificiel et exagéré des tissus nerveux; il en résulte une stérilité relative. La natalité chez les familles de la Nouvelle-Angleterre a rapidement baissé, de telle sorte qu'elle est maintenant moindre que dans les pays d'Europe, excepté la France. Une autre raison de ce fait, sans doute, c'est l'habitude de retarder les mariages, habitude rendue à peu près nécessaire par la cherté de la vie et entretenue par l'égoïsme des jeunes hommes qui ne veulent pas sacrifier leur liberté pour les responsabilités et les charges de la vie domestique.

Une autre raison de la décadence de la famille, c'est l'augmentation du nombre des divorces. Le divorce était rare il y a un siècle; actuellement il y en a un pour douze mariages, dans la Nouvelle-Angleterre, tandis que dans la population étrangère, qui est moins instruite et même moins morale, la moyenne est de un pour quarante ou cinquante.

Bien des choses montrent que le mariage ne réussit pas, autant qu'il le faudrait, à empêcher l'adultère. Ce grief se retrouve souvent dans les demandes de divorce ; il reparaît dans un tiers environ des cas. La proportion de ces mariages rompus, qui laissent un grand nombre de personnes des deux sexes exposées à la tentation, est une cause certaine de l'accroissement de la licence.

En ce qui concerne le troisième but du mariage, l'aide mutuel et la société, notre auteur montre la diminution du nombre des mariages; d'autre part leur genre de vie et leur profession retiennent beaucoup d'hommes éloignés du foyer conjugal, et ils emploient toute leur énergie à poursuivre un but quelconque, sauf à rendre leur intérieur agréable. A New-York, comme dans la Nouvelle-Angleterre, le domicile d'un homme occupé n'est le plus souvent que la place où il mange et où il reprend haleine dans l'intervalle de ses occupations. On dit même que les femmes de la Nouvelle-Angleterre perdent l'amour de leurs enfants et de leur ménage.

Ainsi, d'après toutes ces indications, la vie de famille en Amérique est plus rare, elle commence plus tard, on y trouve peu d'enfants,

moins de bonheur et moins de fidélité; en un mot, c'est une institution moins respectée qu'elle ne l'était autrefois; elle a été remplacée par les attractions plus superficielles du monde.

Le Dr Allen cherche le remède dans une tentative pour faire revivre l'esprit de famille. On arrivera surtout à ce but, dit-il, par la fondation d'églises et d'états et en développant les institutions qui font de bons citoyens. Il conjure les membres du clergé, les philosophes, les hommes d'État et surtout les médecins d'employer toute leur influence pour prévenir cette dégénérescence de l'état physique et de la vie de famille, que certains auteurs ont peut-être exagérée, mais qui existe certainement.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le samedi 14 octobre 1882, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'Administration de la pharmacie centrale de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudraient concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration depuis le samedi 23 septembre jusqu'au samedi 7 octobre inclusivement, de onze heures à trois heures.

Asile Sainte-Anne. — Les installations balnéaires et hydrothérapiques de l'asile des aliénés de Sainte-Anne sont terminées et vont pouvoir fonctionner prochainement. Elles sont destinées à donner des bains et des douches aux malades du dehors qui vont à la consultation de l'Asile clinique (asile Sainte-Anne) et de l'hôpital Cochin, ainsi qu'aux malades des Bureaux de bienfaisance et aux enfants pauvres des écoles voisines.

Epidémies. — La nouvelle de l'apparition de la fièvre jaune à Gorée (Sénégal) est confirmée. On compte trois morts dans les journées du 24 et du 26 juillet.

Nous apprenons que le typhus régnerait depuis plusieurs jours dans l'un des quartiers ordinairement les plus sains de la ville de Stuttgart. On compterait déjà actuellement une trentaine de décès.

Statistique sanitaire et hospitalière de l'Autriche. — La commission centrale de statistique vient de publier son rapport sur l'état sanitaire de l'Autriche en 1878. Nous empruntons à cet intéressant document les renseignements qui suivent. Le nombre des établissements hospitaliers en Cisleithanie est de 505, comprenant 28,468 lits qui ont reçu 237,772 malades, ce qui donne une proportion de 1 hospitalisé sur 84 habitants. Le nombre des établissements spéciaux pour les aliénés est de 26, avec 5,934 lits; 8,867 malades y ont été traités en 1878. Le nombre des aliénés a augmenté de 2 p. 100 sur l'année précédente et de 3 p. 100 sur l'année 1876. Les aliénés hommes sont un peu plus nombreux (54 p. 100) que les femmes (46 p. 100). Les hospices de maternité sont au

nombre de 18 avec 1,517 lits ; on y a reçu 16,649 mères et 14,861 enfants. Les naissances se sont élevées au chiffre de 15,241, dont 12 p. 100 étaient doubles et 7 p. 100 triples. Les établissement d'enfants assistés sont au nombre de 14 ; on y a reçu 45,631 enfants dont 8,030 sont morts, sont une proportion de 17.6 p. 100.

La proportion générale des enfants trouvés est de 1 sur 735 habitants, avec des variations importantes selon les provinces. A Vienne, où les filles-mères affluent de toutes les parties de l'empire, et dans la basse Autriche, la proportion est très forte ; au contraire, la haute Autriche, le Voralberg et la Silésie donnent la moyenne la plus faible.

Le nombre des instituts de sourds-muets est de 15, donnant asile à 1,243 individus et l'instruction à 1,092. Il existe 8 instituts d'enfants aveugles, qui ont reçu 374 élèves, dont 212 du sexe masculin et 162 du sexe féminin.

En dehors de ces établissements, on évalue le nombre des aliénés à 16,123, celui des crétins à 13,462, celui des sourds-muets à 20,843, et celui des aveugles à 41,730.

Les établissements thermaux s'élèvent au chiffre de 220 ; ils ont été fréquentés par 150,496 personnes ; c'est le Tyrol qui, de toutes les provinces, possède le plus grand nombre de villes d'eaux (84) ; après viennent la Styrie (24), la Bohême et la Gallicie (21).

On compte dans toute la Cisleithanie 4,603 docteurs en médecine, 2,671 chirurgiens, 400 vétérinaires et 15,969 sages-femmes. A Vienne, les médecins sont si nombreux qu'il s'en trouve 1 par 552 habitants, tandis qu'en Bohême et en Gallicie il y a beaucoup de localités où il n'existe pas même un médecin pour 10,000 individus ; en Dalmatie et en Bukovine, la proportion est moindre encore ; on ne compte qu'un médecin pour 20,000 ou 30,000 âmes.

Le nombre total des décès s'est élevé, en 1878, à 683,661, soit 3,8 p. 100 de la population totale ; 13,313 personnes sont mortes de la petite vérole, 4,554 de la rougeole, 15,819 de la fièvre scarlatine, 15,257 du typhus, 7,792 de la dyssenterie, 348 du choléra, 26,292 de la coqueluche, 56.973 du croup et de la diphthérie, 56,551 de la bronchite et 85,487 de la phthisie tuberculeuse ; 10,390 personnes ont péri de mort violente, parmi lesquelles 3,480 se sont suicidées et une a été exécutée

(*Revue générale d'administration.* — Ministère de l'intérieur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et Cie, *libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris.*

Leçons sur les maladies mentales, par le professeur B. BALL. Deuxième fascicule : *Des formes du délire. De la mélancolie.* 1 vol. in-8. 4 fr.

Travaux scientifiques des pharmaciens militaires français, par A. BALLAND, pharmacien-major de 1re classe, membre de la Société de pharmacie de Paris. 1 vol. in-8. 3 fr. 50

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

Vingt-Neuvième Année — Tome II. N° 21 Mardi 22 Aout 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. Lecrosnier
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 21. Mardi 22 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VULPIAN.

Hémorrhagie cérébrale dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Par P. Merklen.

Les observations d'hémorrhagie cérébrale dans le cours de la fièvre typhoïde sont assez rares pour qu'il nous ait paru utile de communiquer à la Société clinique le fait suivant que nous venons d'observer dans le service de notre maître, M. le professeur Vulpian, à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 21 ans, garçon épicier qui s'est présenté à la consultation du 6 mai dernier avec les symptômes évidents d'une fièvre typhoïde. Habitant Paris depuis quatre ans, le malade n'accuse dans ses antécédents pathologiques qu'une variole de médiocre intensité. Aucun phénomène insolite n'a marqué l'invasion de sa maladie actuelle : la céphalalgie avec vertige, les troubles gastro-intestinaux, une épistaxis dans la journée du 5 mai sont les prinpaux symptômes que révèle l'interrogatoire du malade.

A la visite du 7 mai, le diagnostic de fièvre typhoïde est confirmé par la constatation de taches rosées lenticulaires. Une stupeur assez prononcée, une langue rouge et sèche, une rate grosse, enfin une température assez élevée, 40°, indiquent une forme sérieuse de dothiénentérie. Néanmoins le pouls est tranquille, à 90, présentant du reste un dicrotisme marqué. Il n'y a pas encore de diarrhée et le ventre n'est pas douloureux. L'urine ne renferme pas d'albumine, mais un disque épais d'acide urique se produit dans le verre à expérience qui en contient, sous l'influence de l'acide nitrique.

Le malade se plaint de palpitations habituelles ; le premier bruit à la pointe paraît un peu prolongé. Pas de bronchite.

Prescription : un verre d'eau de Sedlitz ; 5 grammes d'acide salicylique.

8 *mai*. La température est moins élevée, 39°, 2, le 7 au soir ; 39°,4, le 8 au matin. Le malade n'a pas dormi, mais du reste son état est à peu près le même. On note seulement comme phénomène nouveau l'existence d'une grande quantité d'albumine dans les urines. Depuis sa purgation le malade a de la diarrhée.

5 grammes d'acide salicylique.

Le 9. Même état. Température du 8 au soir, 39°,3 ; du 9 au matin, 39°,4. Albuminurie toujours très prononcée. Diarrhée. Epistaxis abondante dans la journée d'hier. Insomnie ; stupeur.

Eau de Sedlitz, un verre. Acide salicylique, 5 grammes.

Le 10. Le malade a eu hier soir un délire assez violent qui a nécessité des précautions et une certaine surveillance pour l'empêcher de se lever. Malgré cela on note un abaissement de la température qui n'était que de 38°,7 hier soir, de 37°,6 ce matin. La peau est moite la langue humide; les urines renferment un peu moins d'albumine que ces jours derniers. 4 selles diarrhéiques dans la journée d'hier.

Acide salicylique, 5 grammes.

Le 11. La température est remontée hier soir à 39°,3, pour redescendre ce matin à 37°,4. Mais le malade est dans un état grave. Il a eu pendant toute la nuit un délire violent. Salangue est sèche, noire et fuligineuse. Sa face est d'une pâleur cadavérique. Diarrhée abondante.

Les organes thoraciques restent indemnes.

Extrait de quinquina et cognac.

Le 12. Même état, agitation, fuliginosités de la bouche et des narines. Battements du cœur très violents, sans souffle. Albuminurie peu prononcée.

Température le 11 au soir, 39°; le 12 au matin, 38°,6.

Le 13, à cinq heures du matin, la religieuse du service trouve le malade dans un état d'agitation extrême, voulant se lever et sauter par-dessus les planches qui bordent son lit. Peu après il tombe dans un coma complet et meurt ainsi à sept heures du matin.

A l'autopsie, faite vingt-six heures après la mort, on constate dans l'intestin grêle les lésions pathognomoniques de la fièvre typhoïde arrivée à la fin du second septénaire. Au voisinage du cæcum, les plaques de Peyer sont tuméfiées, ulcérées et bourbilloneuses; plus haut elles sont simplement infiltrées et criblées de petites ulcérations en voie de se former. Les ganglions mésentérique ssont gros et présentent à la coupe de petits points blanchâtres, indices d'altérations semblables à celles des plaques de Peyer de l'intestin.

Le cœur ne présente aucune altération appréciable à l'œil nu. Les poumons sont congestionnés et œdématiés à leur base. La rate est grosse et diffluente. Les reins sont pâles et décolorés.

A côté de ces lésions habituelles de la fièvre typhoïde, on constate avec étonnement, en examinant l'encéphale, l'existence d'une hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne, surtout abondante à la base, au niveau des confluents du liquide céphalo-rachidien. Cette hémorrhagie est la conséquence d'une inondation ventriculaire complète qui elle-même s'est faite à la suite d'une hémorrhagie cérébrale énorme qui occupe et a détruit la presque totalité de l'hémisphère cérébral droit, de telle sorte que l'écorce seul de cet hémisphère est intacte, servant de poche à cette vaste collection de sang. Le sang épanché est noir et coagulé, les parois du foyer sont déchiquetées et ramollies, se déchirant à la moindre tentative que l'on fait pour en-

lever le cerveau de la table d'autopsie. Il est impossible de retrouver le point de départ de cette hémorrhagie.

Les artères de la base de l'encéphale et les artérioles qui avoisinent le foyer hémorrhagique ne présentent à l'œil nu aucune lésion appréciable. L'examen histologique de ces mêmes artères fait par M. Lesage, élève du service et contrôlé par M. Vulpian ne révèle rien de plus et c'est à peine si l'on peut signaler un léger état granuleux de la tunique musculaire de ces vaisseaux; encore cette altération est-elle peu accentuée et bien insuffisante pour expliquer la rupture artérielle qui a été le point de départ de cette hémorrhagie.

Réflexions. — L'hémorrhagie cérébrale n'a été chez notre malade qu'un accident ultime qui très rapidement a amené la mort. Cet accident s'est manifesté cliniquement par ce coma subit succédant au délire violent que le malade avait eu pendant la dernière nuit de sa vie, comme il l'avait eu les nuits précédentes. Ce coma, que nous ne connaissons que d'après les renseignements donnés par la sœur du service, a eu sans doute tous les caractères de l'apoplexie telle qu'elle existe habituellement à la suite d'une hémorrhagie cérébrale de cette étendue. Nous n'insistons pas davantage sur ce côté symptomatique de l'histoire de notre malade, mais nous devons nous demander jusqu'à quel point l'hémorrhagie cérébrale peut être considérée comme une complication de la fièvre typhoïde et quelle peut être la cause immédiate de cet accident.

L'hémorrhagie cérébrale est sans nul doute une chose rare dans le cours de la dothiénentérie, cependant elle est signalée par quelques auteurs, notamment par Griesinger qui l'attribue à des lésions probables des petites artères, lésions qui sont elles-mêmes la conséquence des altérations du sang dans les formes graves, septiques, de la fièvre typhoïde. Les hémorrhagies cérébrales sont donc en tout comparables à celles qui ont été observées dans les maladies typhiques; dans l'ictère grave, le purpura, etc., et elles peuvent être rangées dans la catégorie des hémorrhagies dyscrasiques. On ne peut être surpris du reste qu'une maladie comme la fièvre typhoïde où les hémorrhagies intestinales, nasales, utérines sont presque des phénomènes communs, soit susceptible de provoquer au même titre des hémorrhagies cérébrales.

Quant au mécanisme intime de ces hémorrhagies il est jusqu'à présent plus soupçonné que démontré, sans doute une rupture artérielle peut seule expliquer un épanchement sanguin aussi considérable que celui que nous avons observé; d'autre part cette rupture doit être le fait d'une dégénérescence des artères cérébrales, dégénérescence du même ordre que celles qui ont été signalées dans le cœur et les autres artères: mais l'examen histologique ne nous a pas permis de constater d'altération évidente des artères et artérioles de l'encé-

phale dans le cas que nous venons de rapporter. Cette question d'anatomie pathologique doit donc être réservée et nous nous bornons à rappeler l'attention sur le fait de la possibilité d'une hémorrhagie cérébrale et méningée dans le cours de la fièvre typhoïde, surtout dans les formes ataxo-adynamiques de cette maladie.

Deux cas de paralysie saturnine des muscles longs supinateurs.

Par le Dr Ern. Gaucher.

(Communication à la Société clinique de Paris.)

Tous les auteurs admettent, d'après Duchenne (de Boulogne), que la paralysie saturnine des muscles de l'avant-bras respecte toujours le long supinateur. Les deux observations suivantes, dans lesquelles la paralysie bilatérale des extenseurs avait atteint aussi les longs supinateurs, seraient de nature à infirmer l'opinion de Duchenne, si l'on ne savait qu'il n'y a rien d'absolu en médecine.

Obs. I. — *Paralysie saturnine bilatérale des muscles extenseurs de l'avant-bras. Paralysie complète des longs supinateurs.* — B.... Abel, âgé de 21 ans, fondeur en caractères, entre à l'hôpital Cochin, sallé Saint-Philippe, service de M. le Dr Bucquoy, le 13 octobre 1881.

Cet homme exerce la profession de fondeur en caractères depuis huit ans. Il a été atteint cinq fois de coliques de plomb, la dernière fois il y a quatre mois.

La paralysie remonte à trois semaines environ ; elle atteint les extenseurs du poignet et de la main et le long supinateur de chaque côté. Il n'y a pas d'autre paralysie motrice dans aucun groupe de muscles, pas de paralysie sensitive ou sensorielle, pas de troubles encéphalopathiques.

J'ajoute que le malade présente tous les attributs d'une intoxication saturnine invétérée : le liseré gingival, la teinte subictérique des conjonctives, le teint bistré, l'aspect cachectique. Il n'a pas éprouvé l'impression du froid, il n'a été soumis à aucune cause de compression du nerf radial, il n'y a aucun symptôme de paralysie d'origine cérébrale ou médullaire : en un mot l'intoxication plombique est la seule cause à laquelle on puisse légitimement rapporter la paralysie des extenseurs et des longs supinateurs.

Ce malade est traité par les bains sulfureux, le sirop d'iodure de fer et l'électrisation. L'amélioration est lente à se produire, mais il est à noter que c'est dans les muscles longs supinateurs que la contractilité électrique et la contractilité spontanée reviennent en premier lieu. Quand j'ai quitté le service le 31 décembre, les longs supinateurs avaient recupéré leur énergie et leurs mouvements

normaux, tandis que la paralysie des extenseurs était encore incomplètement guérie.

Obs. II. — *Paralysie saturnine des extenseurs. Parésie des longs supinateurs.* M... (Jules-Albert), âgé de 30 ans, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 9, service de M. Bucquoy, le 7 décembre 1881.

Cet homme entre à l'hôpital pour des coliques de plomb; c'est la septième attaque depuis six ans.

Les avant-bras sont paralysés depuis huit mois. La paralysie des extenseurs est complète; les longs supinateurs ne sont pas absolument paralysés, mais seulement parésiés; cependant leur énergie est presque nulle et leur contractilité très faible. Les fléchisseurs sont indemnes. Les muscles paralysés et même ceux du bras et de l'épaule, qui ont conservé leurs mouvements, notamment le deltoïde, ont subi un commencement d'atrophie.

Le malade ne présente pas d'autre paralysie du mouvement. Il n'y a ni tremblement, ni anesthésie, ni troubles sensoriels, ni céphalalgie, ni délire.

La constipation est opiniâtre; l'urine, rare et de coloration très foncée, renferme une forte proportion d'albumine : ces accidents complexes indiquent une intoxication ancienne et grave.

Traitement : Electrisation, sirop d'iodure de fer. Purgatifs répétés.

Comme dans le cas précédent, on ne peut invoquer aucune autre cause de paralysie que le saturnisme.

REVUE DE LA PRESSE

De l'ophthalmie purulente comme moyen thérapeutique. — Dans un article publié par le *Journal de médecine de Nantes*, le Dr Dianoux revient sur une pratique peu employée en France, mais qui cependant, dans notre pays même, a donné d'assez beaux succès pour qu'il soit permis de les rappeler.

F. Jogæ le premier, il y a déjà soixante-dix ans, inocula sur la conjonctive du pus blennorrhagique pour combattre le pannus consécutif à la conjonctivite granuleuse chronique. Depuis, de nombreux succès ont montré la valeur de ce traitement, traitement assurément dangereux, mais dont aujourd'hui on sait bien maîtriser la marche et qui, d'autre part, ne s'emploie que pour des yeux dont on ne pourrait tirer aucun parti par aucun autre procédé.

Nous avons pu observer à l'hôpital Lariboisière, dans le service du professeur Panas, en 1877, deux cas de ce genre, que notre savant maître a d'ailleurs rapportés en 1878 devant la Société de chi-

rurgie. Les malades dont il s'agit avaient les deux cornées transformées en une sorte de membrane épaisse et rougeâtre qu'il était difficile de distinguer de la conjonctive. Tous deux n'avaient qu'un très léger degré de perception de la lumière et il leur était complètement impossible de se conduire. Par le fait de l'inoculation d'une goutte de pus blennorrhagique, les cornées ont fini peu à peu par paraître distinctes puis à s'éclaircir, et lorsqu'ils ont quitté l'hôpital, tous deux n'avaient plus trace de vaisseaux sur la cornée et ne conservaient plus qu'une petite tache très superficielle qui gênait peu la vision.

M. Dianoux a pu observer cinq cas du même genre ; dans les cinq cas, l'inoculation blennorrhagique a donné des résultats très heureux bien qu'à des degrés différents. L'auteur ne s'est pas contenté d'inoculer l'ophthalmie dans des cas de pannus granuleux. Si, dit-il, l'ophthalmie purulente peut amener la résorption du tissu lamineux, logiquement elle doit pouvoir agir contre les affections où sa substitution aux éléments normaux constitue le seul obstacle à la vision. Les leucomes anciens et étendus, les scléroses cornéennes doivent être justiciables de sa puissance au même titre que le pannus.

Comme on le voit, M. Dianoux élargit singulièrement le champ des applications de l'inoculation blennorrhagique. Son audace fut d'ailleurs couronnée de succès chez une jeune fille de 23 ans, qui, probablement par suite d'une kératite parenchymateuse, avait une sclérose totale des deux cornées et distinguait à peine le jour de la nuit. Quatre mois après l'inoculation, la malade pouvait compter les doigts.

Il est regrettable que ce moyen soit trop énergique pour qu'on puisse l'employer dès le début de la conjonctivite granuleuse ; mais si le microbe de la blennorrhagie existe, comme semblent en faire foi les publications récentes de Weisser et de Bokeis et quelques expériences de M. Dianoux lui-même, il sera possible d'inoculer le microbe avec un liquide de culture plus ou moins dilué. Malheureusement il n'est pas possible d'expérimenter d'abord sur les animaux, les yeux de ces derniers paraissant réfractaires à la blennorrhagie, comme M. Panas l'a montré sur le lapin il y a une douzaine d'années déjà.

Amand CHEVALLEREAU.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 8 *juin* 1882. — *Présidence de* M. le Dr CARRIÈRE.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Dreyfous, au nom de M. le Dr Augé (de Pitiviers), donne lec

ture d'une observation intitulée : *Abcès périnéphrétique datant de six semaines ; large incision ; guérison en quinze jours.* (V. *France méd.* n° 16, p. 182.)

L'examen de la candidature de M. Augé au titre de membre correspondant est confié à une commission composée de MM. Comby, Luc et Dreyfous, rapporteurs.

M. Frémont fait une communication sur *Un cas de paralysie saturnine par action locale.* (V. *France méd.* t. I, n° 75, p. 892.)

M. Dreyfous. Cette observation est fort extraordinaire et choque absolument les idées courantes ; on a peine à concevoir une paralysie saturnine par action locale sans troubles de la sensibilité cutanée ; dans les faits bien connus de Manouvriez ces troubles ne faisaient jamais défaut. Je rappellerai même que dans l'opinion du professeur Potain l'action locale et directe du plomb ne produit jamais que des troubles de la sensibilité ; pour qu'il y ait paralysie motrice, il faudrait toujours une intoxication générale.

M. Frémont fait observer que l'intoxication générale ne peut être mise en cause dans le cas actuel, puisque son malade ne maniait pas habituellement le plomb, et n'a touché la céruse que dans l'unique occasion relatée plus haut.

M. Barth. Le cas est en effet très insolite, autant par son mode de début que par son étiologie présumée. La paralysie saturnine en général ne survient guère du jour au lendemain, et il est bien singulier qu'un contact même prolongé de la peau avec la poudre de céruse puisse déterminer *en quelques heures* un trouble aussi accusé du côté des muscles sous-jacents. Si l'observation était moins précise, et si notamment l'intégrité du long supinateur n'avait pas été expressément constatée, je serais plutôt tenté de croire à une simple coïncidence, par exemple à une paralysie du nerf radial par compression, survenue pendant la nuit à l'insu du malade. Telle qu'elle est, l'observation ne me paraît pas susceptible d'une interprétation satisfaisante.

M. Merklen fait une communication intitulée : *Un cas d'hémorrhagie cérébrale dans la fièvre typhoïde.* (V. ci-dessus, p. 241.)

M. Brodeur lit une observation de : *Carcinose miliaire généralisée.* (Sera publié.)

M. Merklen appelle l'attention sur la localisation du carcinome à l'endocarde, qui est absolument exceptionnelle,

M. Ollive possède une observation inédite qui peut être rapprochée de la précédente. Il s'agissait d'une femme de 50 ans, atteinte d'une ascite considérable qui nécessita quatorze ponctions en quelques mois ; elle avait le foie volumineux et marronné, ce qui faisait songer à un carcinome hépatique ; elle succomba à une cachexie progressive, après avoir présenté pendant les derniers temps une céphalée remarquablement intense et persistante. A l'autopsie on

découvrit un carcinome du foie, accompagné de carcinose miliaire péritonéale et pleurale ; fait assez rare, il y avait en même temps un petit noyau de même nature dans le corps calleux, ce qui expliquait la céphalée.

La séance est levée à 9 heures et demie.

Les secrétaires des séances,
H. Barth et P. Merklen.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement a domicile dans le IVe arrondissement de Paris, pendant l'année 1879 par le Dr *Commenge*; in-8°, 24 p. Paris, Germer Baillière, 1882.

M. Commenge n'a pas voulu se borner dans ce rapport à exposer quelques chiffres. Médecin des pauvres depuis plus de vingt ans, président honoraire de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, notre honorable confrère a voulu traiter quelques-unes des questions qui intéressent le plus ceux qui s'occupent du traitement à domicile. Personne n'était mieux placé que lui pour connaître les nombreux désidérata qui existent et pour formuler des avis fortement motivés.

Un point ne pouvait faire l'objet d'une discussion dans ce rapport officiel, mais M. Commenge y revient dans sa préface : il s'agit du mode de nomination des médecins des bureaux de bienfaisance. La mise en vigueur de la loi de 1849 a été un grand progrès sur le mode de nomination antérieur. Au lieu de tenir leur titre de l'administration, souvent fort incapable de discerner le candidat ignorant et intrigant du praticien instruit et modeste, les médecins des bureaux de bienfaisance tiennent aujourd'hui leur titre de leurs confrères. Ce mode de nomination donne de nombreuses garanties. C'est un grand progrès sur le régime antérieur, et il est très possible d'améliorer encore ce régime de manière à en tirer les meilleurs résultats. Quelques sociétés médicales d'arrondissement ont pris récemment la décision de s'occuper de ces élections, de discuter d'abord les titres des candidats et leur valeur professionnelle, et par suite de fournir à tous les confrères de l'arrondissement le moyen de voter non toujours pour le plus remuant, mais pour le plus digne. Si les élections sont ainsi discutées, elles constitueront une sorte de concours sur titres, et si, connaissant mieux les candidats, nos confrères mettent à voter plus d'empressement qu'ils ne l'ont fait généralement jusqu'ici, l'élection sera bien près d'atteindre la perfection.

Sur un excellent rapport lu par M. le Dr d'Echerac au commencement de l'année 1881, la Société médicale des bureaux de bienfaisance a émis le vœu que désormais les médecins des bureaux seraient nommés au concours, et en effet ce serait assurément la solution la meilleure,

le moyen le plus propre à rehausser la valeur et l'autorité de ces médecins. La loi, bien entendu, n'aurait pas d'effet rétroactif et on ne forcerait pas un vénérable confrère qui depuis trente ans s'occupe exclusivement de soigner sa clientèle, à se mesurer en champ clos avec un jeune médecin sortant de l'internat.

Nous avions demandé, pour donner plus d'autorité aux nouveaux élus, que le jury du premier concours fût exclusivement composé de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, puis contînt un nombre de plus en plus considérable de médecins des bureaux élus au concours, ceux-ci devant arriver en peu de temps à constituer uniquement ou presque uniquement le jury. Notre opinion n'a pas prévalu et la majorité de nos collègues de la Société médicale des bureaux de bienfaisance a demandé que le jury fût toujours et dès le début exclusiment composé de médecins des bureaux de bienfaisance, quoiqu'il parût difficile que ceux-ci n'ayant par eux-mêmes aucun titre, pussent conférer un titre bien élevé aux médecins qu'ils auraient choisis.

Nous ne croyons pas que ce vote puisse hâter l'acceptation du concours par l'administration ; quoiqu'il en soit, il est possible que nous conservions longtemps encore le mode de nomination actuelle; tous nos efforts doivent donc tendre à l'améliorer.

Il est dans le service médical à domicile un point des plus importants sur lequel M. Commenge appelle l'attention avec beaucoup de compétence. Le service pharmaceutique est installé dans des conditions déplorables et souvent le médecin se trouve désarmé parce qu'il manque de médicaments de première nécessité. Il est regrettable que l'administration actuelle, aux tendances si démocratiques, laisse dans l'état un service aussi défectueux. Les pauvres à Paris sont soignés comme des pauvres ; beaucoup d'entre eux guériraient plus certainement et plus vite s'ils n'étaient pas privés des médicaments les plus nécessaires et si ces médicaments étaient préparés d'une façon raisonnable. Aucune question n'est plus digne d'attirer l'attention du conseil municipal. Nous savons bien que l'on parle de modifier complètement le service pharmaceutique, mais en attendant une réforme radicale, il y a bien des mesures qu'il serait possible et nécessaire de prendre immédiatement. Le conseil trouverait ainsi un excellent moyen de montrer ses principes de solidarité et de faire en même temps une économie certaine, par la diminution de la durée des maladies.

M. Commenge montre la répugnance que bien des malades ont pour l'hôpital et l'utilité qu'il y aurait le plus souvent à les soigner chez eux. Malheureusement ici encore le médecin se trouve le plus souvent désarmé. Sur le rapport du Dr Fèvre, du XIVe arrondissement, la Société médicale des bureaux de bienfaisance avait adopté les conclusions suivantes :

1° Il est nécessaire de reviser le mode de répartition des secours à domicile dans les cas d'urgence.

2° Tout médecin du bureau de bienfaisance aurait le droit de prescrire à un malade nécessiteux, dans les cas très urgents, des bons d'aliments et de chauffage, lesquels seraient délivrés par le secrétaire trésorier sur le reçu de la feuille de diagnostic.

3° Ces bons se composeraient de pain, de viande, de lait et de chauffage.

Il est en effet un grand nombre de malades sur la feuille desquels on devrait inscrire comme diagnostic *misère* et que l'on devrait plutôt diriger chez le restaurateur que chez le pharmacien.

En terminant, M. Commenge émet un vote auquel nous ne pouvons nous associer. Il voudrait que le médecin du bureau de bienfaisance eût le droit de faire entrer à l'hôpital les malades qui ne peuvent être soignés chez eux. Cette mesure donnerait certainement lieu à des abus continuels sur lesquels nous n'avons pas à insister. Il est vrai que, dans beaucoup de cas, des malades auraient besoin de l'assistance hospitalière. Mais le pouvoir que M. Commenge réclame pour ses collègues ne diminuerait en rien l'insuffisance du nombre des lits dans les hôpitaux.

Ce rapport, où sont traitées bien d'autres questions pleines d'importance, est l'œuvre d'un médecin aussi instruit que dévoué aux intérêts de ses malades, M. Commenge, auquel ses collègues de la Société médicale des bureaux de bienfaisance ont décerné le titre de président honoraire, a déjà beaucoup fait pour améliorer les secours à domicile et c'est surtout quand des réformes sont demandées par des hommes aussi autorisés que l'on peut espérer les voir mettre en pratique.

Amand Chevallereau.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 15 août 1882, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de* 1re *classe :* (Choix.) M. Pallé (Jean-Pierre), médecin principal de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, en remplacement de M. Gaugot, promu. — (Choix.) M. Boisseau (Edmond-Maximilien-Etienne), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne, en remplacement de M. David de Lestrade, retraité.

2° *Au grade de médecin principal de* 2e *classe :* (Choix.) M. Delahousse (Charles-Louis-Joseph), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, détaché aux ambulances de Tunisie, en remplacement de M. Müller, retraité. — (Choix.) M. Molinier (Auguste), médecin-major

de 1re classe à l'école militaire spéciale de Saint-Cyr, en remplacement de M. Pallé (J.-P.), promu. — (Choix.) M. Milon (Urbain-Eugène), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, détaché aux ambulances de Tunisie, en remplacement de M. Boisseau, promu.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (Ancienneté.) M. Geniaux (Charles-Marie-Joseph), médecin-major de 2e classe au 104e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Cotte, retraité. — (Choix.) M. Zaepffel (Emile-Léon), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Ribadieu, retraité. — (Ancienneté.) M. Boppe (Roger-Gustave), médecin-major de 2e classe au 4e régiment de hussards, en remplacement de M. François, retraité. — (Choix.) M. Poignon (Gustave), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Saint-Homer, en remplacement de M. Delahousse, promu. — (Ancienneté.) M. Rouget (Jean-Louis), médecin-major de 2e classe au 76e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Molinier, promu. — (Choix.) M. Crussard (Jacques-Louis), médecin-major de 2e classe au 1er régiment de cuirassiers, en remplacement de M. Milon, promu.

4° *Au grade de pharmacien principal de 2e classe :* (Choix.) M. Babeau (Paul-Emile), pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bayonne, en remplacement de M. Fontaine, retraité.

5° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe* : (Ancienneté.) M. Zeller (Eugène), pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'oran, en remplacement de M. Babeau, promu.

Création d'un hôpital d'isolement pour les contagieux a Nice. — L'expérience et le raisonnement montrent les dangers et les inconvénients du séjour d'un malade atteint d'affection contagieuse dans les hôtels de Nice; tout le monde en souffre : le malade, qui est mal soigné parce qu'on s'efforce de cacher sa présence qui pourrait faire déserter l'hôtel; les autres habitants de l'hôtel, l'hôtelier lui-même, etc. M. Ch. West a proposé à la Société de médecine de Nice la création d'un hôpital d'isolement pour les contagieux payants. On a intéressé les propriétaires d'hôtel, qui ont promis leur contribution pécuniaire; on compte sur des dons volontaires; cela est encore insuffisant. M. Charles West propose aux propriétaires d'hôtel de faire payer à cet effet une taxe de 1 franc à tout voyageur, quelle que soit la durée de son séjour à l'hôtel. Comme il descend 50,000 visiteurs par an dans les hôtels de Nice, on pourrait de la sorte recueillir 50,000 fr. chaque année. L'achat des terrains et la construction ont été calculés à 500,000 fr.; la taxe susdite suffirait donc à payer le revenu à 5 p. 100 de la somme et à amortir celle-ci de 25,000 fr. par an. Toute personne atteinte de maladie contagieuse, pourrait être soignée par un médecin de son choix d'après un tarif.

(*Revue d'hygiène.*)

Nous recommandons à nos lecteurs le *Moniteur de la chasse et des tirs*, journal hebdomadaire avec numéro illustré le premier samedi de chaque mois.

Cette publication, d'abord mensuelle, aujourd'hui hebdomadaire, a fait de tels progrès et le nombre des abonnés est déjà si considérable

que nous ne doutons pas une minute de l'empressement que mettront nos lecteurs à s'abonner à cette charmante feuille indispensable au chasseur.

Un numéro spécimen est adressé gratis et franco sur demande affranchie adressée à M. le directeur-gérant à Saint-Etienne (Loire).

MÉDECINE EXTRA-LÉGALE. — Dans une agence matrimoniale :

— Oui, monsieur, nous avons ce qu'il vous faut, une orpheline de vingt ans...

— Très-bien. Est-elle jolie?

— Non, mais la dot est de 500,000 francs... De plus, la personne est poitrinaire.

— Poitrinaire, c'est quelque chose. Mais est-ce bien vrai?

— Oh! monsieur, ON VOUS LA GARANTIT. (*Hygiène pour tous.*)

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 11 *au* 17 *août* 1882. — Fièvre typhoïde, 106. — Variole, 8. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 36. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 23. — Autres affections générales, 60.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 40.

Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 45. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 102; au sein et mixte, 66; inconnu, 9. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 83; l'appareil circulatoire, 43; l'appareil respiratoire, 60; l'appareil digestif, 62; l'appareil génito-urinaire, 21; la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 2; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 4. — Nombres absolus de la semaine, 1100.

Résultats de la semaine précédente : 906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et Cie, *libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris.*

Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, avec l'indication des moyens de les reconnaître, par Er. BAUDRIMONT, docteur ès sciences, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux civils, membre de l'Académie de médecine. Sixième édition revue, corrigée et considérablement augmentée. 1 vol. grand in-8 de 1500 pages, avec 310 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie, cartonné à l'anglaise. 30 fr.

De la nutrition dans la santé et la maladie, essai de physiologie appliquée, par le Dr James-Henry BENNET, ex-interne des hôpitaux de Paris. Traduit de l'anglais sur la troisième édition par P. BARRUÉ et revue par l'auteur. 1 vol. in-18, avec 1 planche. 3 fr. 50

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

7776.6

...NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 22 JEUDI 24 AOUT 1882

LA [F]RANCE MÉDICALE

[B]UREAUX
[O]n s'abonne chez
[DEL]AHAYE et E. LECROSNIER
Place
[de l']École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

[Adre]sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
[Les o]uvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Les a]nnonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 23. Jeudi 24 Août 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 23 août 1882.

Depuis quelques années, M. Vulpian s'occupe beaucoup de l'emploi des antiseptiques dans le traitement des maladies contagieuses. L'épidémie actuelle lui offrait de nombreux moyens d'essayer ces agents dans le traitement de la fièvre typhoïde, aussi a-t-il pu exposer hier devant l'Académie les résultats de son expérience sur ce point.

M. Vulpian a essayé sans grand succès l'iodoforme, le salicylate de bismuth et l'acide borique jusqu'à des doses très élevées. Il a été plus heureux avec l'acide salicylique. Ce médicament, pris à la dose de 6 grammes par jour, par petites prises de 25 à 30 centigrammes, ingérées toutes les demi-heures, lui a donné un abaissement très notable de la température, de 3 a 4 degrés. Cet abaissement de température n'est pas purement passager, comme celui que l'on obtient au moyen de l'acide phénique; il est persistant à la condition que l'on continue le médicament; il se produit même pendant la convalescence, quoique des expérimentateurs aient prétendu que l'acide salicylique n'avait aucune action sur l'homme à l'état sain.

M. Vulpian ne veut pas tirer de ses observations des conclusions plus complètes : l'acide salicylique diminue la température, mais il faudrait un nombre de faits beaucoup plus considérable pour pouvoir déterminer son influence sur la durée et la mortalité de la maladie.

L'administration des antiseptiques à l'intérieur n'est pas bien facile, il faut des antiseptiques solubles qui aillent poursuivre dans le sang lui-même le principe morbide. Le phénate de soude paraît remplir assez bien ces conditions, mais il s'élimine par les différentes voies à mesure qu'on l'ingère, de sorte qu'il n'est pas possible d'en maintenir dans la circulation une quantité assez considérable pour avoir des effets certains.

Après la communicationde M. Vulpian, une discussion s'est engagée sur le rôle des antiseptiques dans les maladies contagieuses. MM. J. Guérin, Bouchardat, Villemin, Depaul, Bouley sont venus successivement apporter leur opinion.

La séance de l'Académie a donc été hier très intéressante, et l'on n'eût pas dit une séance de vacance, n'eût été l'absence totale du bureau. Il n'y avait, en effet, ni président, ni vice-président, ni secrétaire perpétuel, ni secrétaire annuel. M. Larrey remplaçait les premiers, M. Hervieux tenait le rôle des seconds.

A. Ch.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINÉAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*Suite*) (1),

Recueillies par M. Hamonic,

Interne du service.

La nature du virus a été de même incriminée, et on a invoqué une force spéciale du poison syphilitique. Autrefois, a-t-on dit, la force du virus et la gravité de la maladie étaient extrêmes. Aujourd'hui le virus est atténué et la syphilis est moins grave. Mais c'est là une vue de l'esprit, car on ne connait pas encore exactement la nature de ce virus ; on ne peut en apprécier les propriétés spéciales. La découverte de la bactéridie syphilitique éclairera toutes ces questions; aussi est-elle recherchée avec ardeur. Vous êtes à même, depuis un mois, de juger les expériences que j'ai entreprises avec mon interne M. Hamonic. Vous attendez avec impatience, j'en suis sûr, les résultats de l'inoculation pratiquée sur un porc avec les bactéridies que nous avons trouvées dans un chancre infectant et mises dans un liquide de culture suivant les préceptes donnés par l'illustre M. Pasteur. Je vous tiendrai au courant des résultats journaliers de nos recherches.

Tous les jours, messieurs, j'appelle votre attention sur l'influence de l'état général sur l'évolution de la syphilis. Pour moi, vous le savez, c'est dans l'individu lui-même qu'il faut rechercher la cause de la gravité de la syphilis. En analysant les faits que vous observez constamment et que j'étudie depuis six ans environ, l'anomalie d'évolution de la syphilis tient le plus ordinairement aux deux causes suivantes : 1° à la débilité du sujet ; 2° à la préexistence d'une maladie constitutionnelle ou diathésique.

La *débilité du sujet* résulte de l'âge, de la misère, des influences morales, de l'excès de travail ou de plaisir, de maladies antérieures, d'un état physiologique normal, comme la grossesse, l'allaitement, ou enfin d'une intoxication (alcoolisme, malaria). Les *maladies constitutionnelles ou diathésiques préexistantes* sont la scrofule, l'arthritisme, la tuberculose, le cancer.

Tous ces facteurs augmentent la gravité de la vérole, en accélèrent la marche et la rendent anormale. Tous les jours, je le répète, vous êtes à même d'en constater la mauvaise influence ; aussi je n'insiste pas. Je me contente de vous dire qu'en présence d'une syphilis anormale il faut rechercher, avec le plus grand soin, une ou plusieurs de ces causes particulières. Il vous arrivera parfois, malgré toute votre

(2) *France médicale*, nos 17, 18 et 20.

sagacité, de ne pas trouver la cause de la gravité de la syphilis. Ce ne sera pas une raison pour rejeter l'influence que je viens de vous faire connaître ; il s'agit probablement d'une cause qui vous échappe et que la clinique est impuissante à expliquer, ainsi qu'il arrive malheureusement trop souvent encore dans l'étude des maladies constitutionnelles. Quoi qu'il en soit, sachez-le bien, vous devez retenir de cette étude rapide sur l'incubation, sur les manifestations superficielles ou profondes, sur l'évolution normale ou anormale de la syphilis, les bases fondamentales de la thérapeutique de cette maladie constitutionnelle. Le but du médecin, en effet, doit être non seulement de traiter la syphilis et ses manifestations, mais encore de modifier les influences qui agissent sur son évolution et lui impriment une gravité spéciale. Ces principes de pathologie générale dominent l'histoire clinique de la syphilis et se retrouvent du reste à propos de toute maladie constitutionnelle.

Le problème thérapeutique à résoudre est donc le suivant: 1° traiter la syphilis ; 2° modifier le terrain sur lequel elle évolue ; 3° soustraire le malade aux diverses causes d'intoxication (alcoolisme, malaria) et modifier son hygiène. Le médecin doit en outre rechercher les moyens de prévenir la propagation de la syphilis ; il doit s'occuper de la prophylaxie, importante question de sociologie. A ce propos, je vous indiquerai quels sont les règlements administratifs qui me semblent les plus aptes à atteindre ce but.

Passons en revue ces quatre parties du problème que nous nous proposons de résoudre.

En 1880, j'ai, dans mes leçons cliniques, exposé la thérapeutique de la syphilis. J'ai retracé les différentes opinions admises et j'ai montré que le plus grand nombre des syphiligraphes traitent les manifestations et négligent la maladie constitutionnelle. J'ai étudié l'action thérapeutique du mercure, de l'iodure de potassium et des sulfureux, et j'ai démontré qu'il fallait combiner entre eux ces divers agents pour arriver à la *guérison de la vérole*, dont je ne crains pas d'affirmer la possibilité à l'encontre des nombreux auteurs qui la considèrent comme incurable. Dans ces mêmes leçons j'ai insisté sur la question de savoir si le mercure détruit le virus ou favorise son élimination, et j'ai discuté le moment précis où le traitement doit être commencé. J'ai montré que ce moment doit coïncider avec l'apparition des accidents secondaires, c'est-à-dire environ trois semaines après celle du chancre infectant, alors que survient cet état de fièvre, de langueur, etc., qui précède les manifestations cutanées ou muqueuses.

Cette pratique a été préconisée par Diday et Cullerier, et je m'y suis rangé. J'ai aussi, à la même époque, discuté l'excision du chancre infectant, foyer primitif, qui pour certains auteurs créerait des

foyers secondaires. J'ai montré que la destruction du chancre est inutile puisque la syphilis est une affection générale d'emblée, qu'elle existe en tant que diathèse, lorsque le chancre infectant apparaît. Donc l'excision, la destruction du chancre par la cautérisation est une méthode thérapeutique fausse qui pèche par la base.

Évidemment on pourrait prévenir la contagion si, au moment même où vient d'avoir lieu le contact, on pouvait cautériser le point contaminé. Comme dans l'inoculation de la rage, du charbon, des venins, on s'opposerait, par une cautérisation intense et rapide, à la pénétration du virus dans l'économie, en le détruisant sur place. Mais comment savoir si la contagion de la syphilis s'est ou non effectuée? et si elle s'est produite, où est le point contaminé? Tout ce que l'on peut faire, c'est d'user d'une sage prophylaxie.

Je ne reviendrai donc pas sur toutes ces questions traitées dans mes précédentes leçons. Cette année je me propose d'examiner les médicaments et surtout leur divers modes d'administration.

C'est à M. le professeur Fournier que revient l'honneur d'avoir institué une méthode rationnelle, destinée à combattre la maladie constitutionnelle générale, en laissant au second plan le traitement des manifestations locales.

Il a eu encore le mérite de comprendre qu'il fallait alterner et interrompre les agents thérapeutiques de temps à autre, afin d'éviter l'accoutumance et les accidents qu'ils peuvent amener. Voici comment il procède dans le traitement de la syphilis :

La première année, il prescrit deux mois de mercure, un mois de repos, six semaines à deux mois de mercure, trois à quatre mois de repos. Il fait donc succéder à un stade de traitement, un stade de repos, ou stade de désaccoutumance. M. Fournier fait observer que rien n'est absolu et que c'est au médecin à apprécier la rapidité d'accoutumance. Mais d'une façon générale les malades doivent être tenus pendant deux ans au mercure avec des intermittences, de façon que sur un total de vingt-quatre mois, le malade prenne l hydrargyre pendant dix mois et se repose quatorze mois. Le traitement mercuriel doit être suivi du traitement ioduré. Quelquefois M. Fournier donne l'iodure de potassium en même temps que l'hydrargyre. Il le prescrit parfois à la fin de la première ou de la deuxième année, toujours pendant la troisième, à titre d'agent antidiathésique, par essence, succédané du mercure et préservatif des accidents ultérieurs. Depuis douze ans, M. Fournier est satisfait des résultats de sa pratique. Ses malades vont bien. Mais sont-ils guéris? C'est ce qu'il n'ose affirmer.

Ma méthode de traitement est un peu différente de celle de M Fournier. Comme lui, j'administre le mercure et l'iodure de potassium pendant plusieurs années. Je me sépare de lui en ce que j'ajoute au

traitement les sulfureux et que je prescris l'iodure de potassium pendant les stades de repos. Voici, du reste, l'exposé de mon traitement: Pendant la première année, je donne pendant deux ou trois mois, suivant les cas, le mercure auquel je fais succéder pendant deux ou trois mois l'iodure de potassium. De nouveau je prescris le mercure durant deux mois, suivi de deux mois d'iodure, un mois de repos. *Dans la seconde année* je donne l'hydrargyre pendant un mois et demi. Je le fais suivre de deux mois d'iodure et de deux mois de repos. Je reprends le mercure pendant un mois et l'iodure pendant trois mois. Je termine par trois mois de repos pendant lesquels je prescris le traitement sulfureux. (Eaux de Luchon ou d'Aix en Savoie.)

Aux gens qui ne peuvent aller aux eaux, je prescris les eaux de Challes (sulfureuses bromo-iodurées).

Pendant la troisième année, qu'il y ait ou non des complications, je donne un mois et demi de mercure et deux mois d'iodure de potassium. Je fais suivre de trois mois de repos. Je reprends le mercure un mois et l'iodure deux mois. Puis trois nouveaux mois de repos, pendant lesquels je prescris de nouveau le traitement sulfureux. Si sous l'influence des sulfureux il survient des manifestations, je reprends le traitement, et j'arrive ainsi à la *quatrième année*. Pendant celle-ci, je donne deux mois de mercure, trois mois d'iodure. Je fais suivre de quelques mois de repos. Puis un mois de mercure, un mois d'iodure potassique et trois mois de repos pendant lesquels je renvoie le malade aux eaux sulfureuses.

Les sulfureux constituent pour moi la pierre de touche du traitement de la syphilis. Aussi, si la cinquième année le malade, après trois saisons de ce traitement, ne voit survenir aucune manifestation sous l'influence de ces agents très actifs, il peut être considéré comme guéri. Mais ce critérium n'a de valeur qu'à la condition que le malade ne se contente pas de boire des eaux et de prendre des bains. Il doit être soumis aux vapeurs sulfureuses à 70° et 80°, afin de rappeler, par une excitation des plus vives de la peau, les manifestations morbides, si le sujet est encore en puissance de syphilis. Alors seulement le malade peut se marier. Cependant, il ne doit pas oublier qu'il a eu la syphilis, il doit s'observer scrupuleusement et il ne doit pas souvent négliger de rappeler cette circonstance au médecin appelé à lui donner ses soins. Pour moi donc, la durée du traitement est environ de cinq ans.

J'attache une grande importance à l'administration de l'iodure de potassium dès la première année de la syphilis ; il est un antidiathésique par excellence. Mais il faut le faire précéder du mercure pour que son action soit complète. On dirait même que l'iodure de potassium n'agit qu'à la condition que le malade ait pris déjà du mercure.

Ainsi on voit assez souvent l'iodure échouer contre les accidents tertiaires, où cependant son action est toute puissante. Dans ce cas, mettez le malade au mercure, puis, après quelques mois, reprenez l'iodure de potassium et vous le verrez reconquérir son efficacité.

J'attache de même une grande importance à l'administration des sulfureux, mais seulement à la fin de la deuxième année. Les sulfureux, outre leur action de rappel sur les manifestations cutanées, ont l'avantage de favoriser l'élimination par la peau des albuminates de mercure rendus solubles. Ils favorisent ainsi la tolérance de l'organisme pour le mercure, et permettent de continuer plus longtemps ce précieux agent.

Tout en procédant suivant les données que je viens d'indiquer, vous ne vous étonnerez pas, messieurs, si quelques manifestations syphilitiques surviennent de temps à autre, surtout pendant les deux premières années. Il ne saurait en être autrement. Le mercure n'enraie pas, ne jugule pas la vérole ; son action, comme celle de l'iodure de potassium, est lente ; elle progresse pas à pas et elle met un temps relativement long à combattre efficacement la syphilis, maladie à évolution progressive et continue. C'est pourquoi il faut suivre une méthode rationnelle et ne pas se départir de la persévérance que doit toujours avoir le médecin en face d'une maladie constitutionnelle dont l'atténuation se produit lentement et sûrement, si elle est bien traitée. *(A suivre.)*

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. LE D[r] GUIBOUT.

Purpura symétrique des membres inférieurs avec hyperesthésie survenue chez un épileptique devenu alcoolique,

Par M. Henri DAUCHEZ
Interne des hôpitaux.

Cet homme se souvient d'avoir eu, en 1872, une écorchure à la verge, mais celle-ci disparut spontanément et n'a laissé aucune trace de son passage.

Le malade n'a jamais éprouvé de douleurs rhumatismales. Jamais il n'a ressenti de douleurs articulaires.

Interrogé au point de vue de ses habitudes et de ses antécédents, cet homme avoue qu'il a contracté depuis quelques années l'habitude de s'enivrer ; sa moyenne habituelle, qu'il dépasse souvent, est de deux litres de vin par jour au minimum. En outre, il nous raconte qu'il éprouve de temps en temps des vertiges et des éblouissements de courte durée pendant lesquels il perd connaissance. Sa santé, habituellement bonne, n'a été troublée que depuis l'année dernière ; à partir de cette époque, la vue du malade s'est légèrement affaiblie ;

ces troubles visuels ont augmenté si bien qu'aujourd'hui l'œil gauche distingue à peine et d'une façon confuse les objets placés à un mètre de distance. Jusque-là, pourtant, le malade avait pu vaquer à ses occupations, lorsqu'au mois de mars dernier il fut pris de quelques légers accès de fièvre; peu après, il ressentit dans les mollets des crampes très pénibles suivies de fourmillements douloureux qui diminuèrent brusquement d'intensité au moment où apparaissaient sur la peau des membres inférieurs les taches de purpura que nous constatons actuellement.

Ces larges plaques purpuriques formées par la confluence extrême d'un grand nombre de taches violacées qui constellaient la peau du malade, s'étendaient sur les cuisses, les jambes et les pieds en affectant une disposition parfaitement symétrique.

Ces taches, apparues au lendemain de phénomènes fébriles, précédées par des fourmillements douloureux dans les jambes, se sont reproduites, sans s'accompagner toutefois de phénomènes douloureux. La pression même assez forte que nous exerçons le long de la colonne vertébrale et sur différents points du corps ne réveille aucune sensation pénible.

Cette éruption persiste depuis trois mois, reparaissant sans cesse par poussées successives, en sorte que les taches purpuriques qui couvrent les membres ont conservé encore actuellement une teinte violacée, d'un rouge vineux, indiquant leur développement récent. Très discrètes sur la face interne des deux cuisses où elles sont régulièrement semées, ces taches forment sur les deux jambes de véritables plaques qui se continuent sur le dos des pieds, recouvrant très exactement le membre inférieur dans sa totalité à la manière d'une guêtre s'arrêtant supérieurement à la racine des orteils et passant inférieurement sous la voûte plantaire.

Mais contrairement à ce qui s'observe dans le purpura classique, *chacune des régions affectées par le purpura est excessivement douloureuse ; au moindre contact, le malade bondit et retire vivement la jambe. L'hyperesthésie est surtout marquée à la face externe des deux jambes et sous la voûte plantaire. Elle s'atténue sur le dos des pieds et disparaît presque complètement aux cuisses.* D'ailleurs, pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'arthralgie comme dans le purpura myélopathique. Le malade peut cependant marcher sans trop de difficultés, la sensibilité n'étant très développée que sous la voûte plantaire qui n'est plus alors en contact avec le sol. Le réflexe rotulien persiste.

13 mai. Dans la matinée, le malade est pris en une demi-heure de temps de trois attaques de vertige épileptique à la suite desquelles il reste hébété une partie de la journée.

14 mai. Pendant la nuit suivante, il se lève à trois ou quatre re-

prises et parcourt la salle au grand trot en vociférant. Le veilleur de nuit l'oblige à se recoucher.

Enfin le 15 mai, vers minuit le malade est repris d'un délire violent, furieux, bruyant, sous l'influence duquel il se lève, menaçant tous ceux qui l'entourent et leur reprochant de vouloir le tuer. Ce délire continue toute la nuit avec des redoublements qui nécessitent l'application de la camisole de force. Au moment où l'agitation est à son paroxysme, la face se congestionne, devient vultueuse, se couvre de sueur et reste brûlante ; les yeux sont larmoyants, la pupille reste contractée, la température à 37°,2 et la respiration à 24. Aussitôt après l'attaque, le pouls tombe à 80; les lèvres et la langue marmottent quelques mots inintelligibles. Nous n'avons observé à aucun moment de convulsions généralisées. A partir de ce moment, et sous l'influence de la dépression qui succède à chaque accès, l'hyperesthésie des jambes et des pieds disparaît presque complètement. Le pouvoir réflexe de la moelle persiste cependant, car une pression un peu vive sous la plante des pieds provoque encore de nouvelles secousses dans les membres inférieurs. Les poumons et le cœur ont été examinés : il n'existait aucune lésion de ces organes. Pendant deux jours consécutifs, l'agitation du malade allant toujours croissant, M. le Dr Guibout se trouva dans l'obligation, pour assurer le repos de la salle, de demander le transfert du malade à l'asile Sainte-Anne.

En terminant, nous avons pensé qu'il serait utile de résumer cette observation pour en faire ressortir les quatre points suivants :

1° Le purpura a été précédé, quelques jours avant son apparition, de vives douleurs dans les membres inférieurs et de troubles dans la vue (amblyopie encore persistante).

2° Cette éruption est remarquable par sa longue durée (trois mois), par sa symétrie parfaite, par l'absence de fièvre et surtout par son hyperesthésie très violente. Le purpura ne peut être rattaché ici ni au rhumatisme, ni à l'administration de médicaments qui n'ont jamais été prescrits (iode, iodure de potassium, chloral).

3° L'hyperesthésie signalée est toujours restée parfaitement localisée aux deux jambes et à la voûte plantaire, affectant d'une façon absolument exclusive les régions sur lesquelles le purpura s'était développé. En raison de sa superficialité, l'hyperesthésie doit être considérée comme exclusivement cutanée et absolument indépendante des masses musculaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 *août* 1882. — *Présidence de* M. LARREY.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. Ch. Quentin, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, qui transmet à l'Académie la liste des personnes qui sont mortes depuis dix ans en donnant des soi s aux malades dans les hôpitaux ; 2° plusieurs ouvrages pour le prix Saint-Paul.

M. D paul présente au nom de M. Crouzat un nouveau pelvimètre.

SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR L'ACIDE SALICYLIQUE. — *M. Vulpian*, dans son service de l'Hôtel-Dieu, a essayé dans le traitement de la fièvre typhoïde divers antiseptiques.

L'iodoforme ne lui a donné aucun bon résultat. Le salicylate de bismuth est un excellent antiseptique, mais il est insoluble, et il est généralement insuffisant; pour obtenir un résultat il faut monter à la dose de 10 à 12 grammes par jour et à cette dose-là on voit quelquefois des inconvénients ; par exemple M. Vulpian a observé de la dyspnée, des hémorrhagies intenses par le nez et par l'intestin.

M. Vulpian a essayé également l'acide borique, il l'a porté progressivement à la dose de 12 grammes, et il n'en a pas obtenu grand effet.

Avec l'acide salicylique, il en a été tout autrement.

M. Vulpian emploie cet acide à la dose de 6 grammes par jour, par petites prises de 25 à 30 centigrammes toutes les demi-heures. Chez quelques mala les, particulièrement chez des jeunes gens, il y a eu des phénomènes de salicylisme cérébral, un peu de délire. Chez d'autres mala les il y a eu de l'albuminurie, mais le plus souvent dans la fièvre typhoïde il y a de l'albumine dans les urines des malades avant tout traitement; d'ailleurs cette albuminurie disparaissait alors même que les malades prenaient 7 grammes d'acide salicylique par jour. Les accidents se réduisent donc à un peu d'excitation cérébrale dans quelques cas.

Sous l'influence de ce traitement, la température baisse en 48 heures de 3 à 4 degrés. Cet abaissement est beaucoup plus persistant que celui produit par l'acide phénique.

En même temps on observe une amélioration très notable de l'état général Ces effets sont surtout marqués, il est vrai, dans les cas où la fièvre typhoïde est d'une très grande gravité.

Les effets de l'acide salicylique ne vont pas plus loin. M. Vulpian ne prétend pas que la durée de la maladie ni la mortalité en soient diminuées ; il est trop vieilli dans la pratique pour vouloir tirer des conclusions d'un petit nombre de faits. Mais l'acide salicylique est

un des modérateurs de la fièvre typhoïde les plus énergiques que l'on ait actuellement. De tous les malades soignés par divers moyens, c'étaient ceux qui étaient traités par ce médicament qui étaient le plus rapidement améliorés.

M. Vulpian a pu s'assurer, en interrompant et reprenant ce médicament, que l'acide salicylique était bien la cause de l'abaissement de la température. L'action de l'acide salicylique sur la température se prolonge même pendant la convalescence quand on continue le traitement. Cependant on a prétendu que l'acide salicylique n'avait pas d'action sur l'homme à l'état sain; M. Vulpian n'a pas fait d'expériences sur ce point.

Une autre question se pose. L'acide salicylique ne pourrait-il pas être employé comme prophylactique de la fièvre typhoïde, s'il paraît démontré que la fièvre typhoïde se gagne surtout par les voies digestives? L'acide salicylique n'est pas une substance bien toxique. Kolb en a ingéré pendant deux ans 2 grammes par jour sans en éprouver aucun inconvénient.

Les malades de M. Vulpian prennent l'acide salicylique en poudre dans du pain azyme.

M. Bouchardat. La question traitée par M. Vulpian est très importante, d'abord parce que nous sommes sous la menace d'une violente épidémie de fièvre typhoïde; en second lieu, parce que ce point se rattache à la question du traitement des maladies contagieuses par les parasiticides, dont M. Vulpian s'occupe beaucoup depuis quelques années.

M. Vulpian. Il n'y a aucun moyen d'enrayer le développement de la fièvre typhoïde. Il faudrait combattre l'agent septique lui-même. Le phénate de soude est un excellent médicament, c'est un antiseptique très soluble, mais il est impossible d'accumuler dans le sang une quantité de l'agent antiseptique suffisant pour détruire le principe toxique. D'autre part, on donne des médicaments très antiseptiques, ils sont absorbés sous une autre forme où alors ils peuvent n'être plus antiseptiques.

M. J. Guérin. Lorsque M. Vulpian présenta l'ouvrage de M. Hallopeau, j'ai approuvé l'hypothèse de cet auteur pensant qu'il y avait dans l'intestin un principe toxique, ou plutôt j'ai déjà montré, il y a quatre ans, la réalité de ces principes toxiques. L'origine de ces ferments dépend de l'individu; la présence de ces matières peut résulter d'une fermentation qui se passe au sein de l'économie. Il y avait à tirer de là une indication au traitement. On a essayé depuis longtemps des médicaments qui combattent directement cette étiologie, tels sont les purgatifs qui ont d'abord pour but de chasser le poison. Mais dans la fièvre typhoïde, comme dans toutes les maladies à intoxication, il y a deux phases : l'invasion du poison et l'altération de

l'économie causée par sa présence. Il faut donc d'abord chasser le poison.

Il y a un agent antiseptique excellent, c'est le charbon, mais c'est dès la première période qu'il faut l'employer.

Tous ceux qui ont observé la fièvre typhoïde en dehors des hôpitaux savent qu'il y a des fièvres typhoïdes ébauchées qui guérissent à la faveur des évacuants et du charbon agissant comme neutralisant.

M. Vulpian demande à quoi l'on reconnaît que la maladie n'est pas encore constituée. Quand on arrive près d'un malade et qu'il n'a encore que du mal de tête et un peu d'embarras gastrique, il a déjà la fièvre typhoïde.

M. Lancereaux. M. Vulpian a tiré de sa communication cette conclusion que l'acide salicylique exerce une action modératrice sur la fièvre typhoïde. Peut-être serait-il plus exact de dire que cet agent exerce son action modératrice sur la température. M. Lancereaux traite la fièvre typhoïde par les bains tièdes et par la digitale, et il observe les mêmes phénomènes que M. Vulpian. L'acide salicylique n'aurait donc dans l'espèce qu'une action hypothermisante.

M. Vulpian. Il faudrait savoir ce que l'on doit entendre par substance hypothermisante ; M. Vulpian pense que les médicaments obtiennent ce résultat en agissant sur les éléments anatomiques.

M. Villemin. L'époque des purgations dans la fièvre typhoïde n'est pas bien éloignée de nous et beaucoup de médecins encore maintenant purgent à outrance dès le début de la maladie. Dans les hôpitaux militaires on observe les fièvres typhoïdes dès le début. La maladie ne débute pas par une série de prodromes de plusieurs jours, dès qu'apparaissent les premiers symptômes, les malades ont la fièvre typhoïde; on ne peut savoir si la maladie est ébauchée ; cela dépend des cas. Actuellement les fièvres typhoïdes sont très nombreuses, mais elles sont très légères. A d'autres époques les fièvres typhoïdes se montrent d'une manière toute différente. Dans les premiers jours de la maladie, on peut être très indécis.

La méthode évacuante ne donne pas des résultats assez certains pour qu'on puisse juger de la valeur de l'hypothèse de M. J. Guérin.

M. Bouley a été frappé de la coexistence de l'abaissement de la température avec l'administration de l'acide salicylique. N'y a-t-il pas une influence de l'abaissement de la température sur le développement des vibrions? Ici la pathologie expérimentale jette une certaine lumière sur la pathogénie de la maladie.

M. Depaul. Il y a des médicaments qui agissent sur la fièvre sans faire baisser la respiration. On a vanté à une certaine époque la teinture de veratrum viride dans les fièvres puerpérales graves; les femmes atteintes de fièvre puerpérale qui prirent ce médicament dans le

service de M. Depaul parurent améliorées le premier jour; le pouls descendait à 70, à 80, mais la maladie marchait et la malade mourait comme celles qui n'avaient pas pris de veratrum viride. Il ne faut donc rien conclure de l'abaissement de la température par l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde. M. Depaul a employé tous les antiseptiques dans la fièvre puerpérale, mais il trouve qu'ils ne servent qu'à désinfecter la cavité vaginale.

M. Vulpian. La fièvre puerpérale est une maladie beaucoup plus grave que la fièvre typhoïde; mais le rôle du médecin n'est pas seulement de guérir ses malades, il doit encore les soulager.

La séance est levée à 5 heures.

NOUVELLES

STATISTIQUE DES JOURNAUX MÉDICAUX. — D'après M. le Dr A. Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, le nombre actuel des journaux médicaux à périodicité fixe est pour la France et ses colonies de 147 (Paris, 85; départements, 52). — La Confédération germanique publie 133 journaux; la Grande-Bretagne, 69; l'Autriche, 54; l'Italie, 51; la Belgique, 28; l'Espagne, 26; la Russie, 26; la Hollande, 16; la Suisse, 10; la Suède et la Norwège, 9; le Danemark, 5; le Portugal, 6; les Principautés danubiennes, 4; la Turquie, 2; la Grèce 1. Total pour l'Europe, 583. En Amérique on publie 183 journaux; en Asie. 15; en Océanie, 2. — Total pour les divers continents : 785. — Le nombre des journaux médicaux créés depuis 1679 dépasse 2,500.

— D'après le *Sanitarian*, les six villes les plus salubres des Etats-Unis sont : Utica, Springfield, Lawrence, Omeha, Providence et Cambridge. — Les six les plus insalubres sont : Memphis, Charleston, Saint-Paul, Buffalo, Pittsburgh et Mobile.

Les six villes les plus insalubres du monde entier seraient, d'après le même journal : Memphis, Alexandrie, Charleston, Saint-Paul, Varsovie et Havane.

ERRATUM. — Dans la publication de la lettre de M. Ferran dans notre numéro du 21, à propos de l'acide phénique, il s'est glissé une erreur typographique. Au lieu de 2 centigrammes, c'est 2 décigrammes qu'il faut lire pour la contenance de ses injections hypodermiques phéniquées.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *éditeurs*. *Paris*.

La dystocie simplifiée. Guide pratique de l'homme de l'art dans les accouchements difficiles et dangereux, par le Dr HAMON DE FRESNAY, professeur libre d'accouchements. 1 vol. in-8. 3 fr. 50

Le Propriétaire-Gerant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc^r Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

Vingt-Neuvième année — Tome II N° 23 Samedi 26 Aout 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 8, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

9e Année. — Tome II. — N° 23. Samedi 26 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE.

Pneumonie fibrineuse survenue dans le cours d'une leucocythémie,

Par M. Variot,
Interne des hôpitaux

J'ai eu l'occasion de faire, il y a quelques mois, l'examen anatomique des divers organes d'un homme de 40 ans environ, dont le sang présentait à un haut degré l'altération leucocythémique. Ce malade a succombé dans le service de M. le professeur Laboulbène à la Charité.

Entre autres lésions viscérales, sur lesquelles je n'insisterai pas ici, j'ai constaté que le poumon gauche, dans une certaine étendue, était le siège d'une hépatisation grise.

La pneumonie a déjà été indiquée à titre de complication dans la leucocythémie (V: à ce sujet les articles de MM. Jaccoud et Labadie-Lagrave, de M. Isambert, etc.), mais je n'ai pas remarqué qu'on assignât à cette complication pulmonaire de caractères spéciaux, soit dans la marche et l'évolution, soit dans les lésions elles-mêmes; caractères qui seraient en rapport avec l'état morbide antérieur, avec l'abondance des leucocytes dans le sang. J'ai cependant cru reconnaître dans le cas que j'ai observé des particularités dignes d'être signalées. Ni l'évolution clinique, ni les altérations du parenchyme ne sont celles que l'on rencontre habituellement dans la pneumonie franche, ou au moins elles en diffèrent à plusieurs égards.

Je ne reproduis qu'une partie de l'observation clinique dont je dois la communication à mon excellent collègue Ollive. C'est celle qui a trait directement au poumon (1).

Le malade, après un séjour à l'hospice Dubois, était entré à l'hôpital Tenon dans le service de M. Sevestre, le 27 octobre 1881. Outre les hypertrophies ganglionnaires et spléno-hépatiques, on trouve dans la poitrine des râles crépitants secs et inégaux aux deux bases. Vers la partie moyenne du poumon gauche, un peu en dehors, dans un espace restreint, on entend *un souffle* assez intense et rude. L'urine est albumineuse; les leucocytes sont extrêmement nombreux dans le sang.

Le 17 novembre, le malade se plaint d'une douleur du côté gauche de la poitrine. On l'ausculte et on trouve un bruit de souffle très net

(1) La maladie a évolué très vite. Six mois de durée.

au tiers supérieur de ce poumon, bruit de souffle qui coïncide avec une matité assez prononcée.

Le 21. La matité diminue, le murmure vésiculaire réapparait; bruits de frottement qui vont s'atténuant les jours suivants.

Le 17 décembre, on ausculte le malade qui, depuis quelques jours, est pris d'une toux continuelle, un peu éructante.

On entend dans tout le poumon droit des râles sous-crépitants, mélangés de râles sonores; ces râles s'entendent également à sa base gauche, tandis que vers la partie moyenne de ce même poumon, on perçoit un souffle à timbre aigrelet.

Le malade quitte néanmoins l'hôpital Tenon; il rentre le 15 février à la Charité où il succombe au bout de trois jours dans un état de somnolence dont rien ne peut l'arracher.

A l'*autopsie*, il existait dans les plèvres un demi-litre de sérosité environ de chaque côté. Ces épanchements pleuraux coïncidaient avec un peu d'ascite et avec une infiltration considérable du tissu cellulaire sous cutané du dos du pied et de la jambe.

Le poumon gauche, dans toute l'étendue du lobe inférieur en arrière, est le siège d'une hépatisation grise bien circonscrite. A ce niveau, il se laisse déchirer à la pression entre les doigts, et un petit bloc détaché plonge au fond de l'eau. La surface de coupe offre un aspect granité; tous les petits grains saillants sont très blancs. Le raclage au couteau enlève une sanie blanchâtre. Le reste du poumon gauche et le poumon droit entier, sauf un petit foyer caséifié au sommet, crépitent bien; le parenchyme est peu coloré et donne la sensation moelleuse de l'emphysème. Des fragments de poumon hépatisé furent placés dans la liqueur de Müller pour être soumis à l'examen microscopique. Quelques semaines plus tard, en divisant ces fragments avec le rasoir pour les placer dans la gomme, je fus surpris de voir, à 1 centimètre de la plèvre environ, plusieurs foyers ramollis du volume d'un pois à celui d'une petite noisette. Ces foyers étaient formés d'une bouillie restée très molle, malgré le durcissement partiel du reste du parenchyme pulmonaire. Lorsqu'elle était enlevée, on apercevait à sa place de petites cavités, à parois un peu irrégulières. Examinée au microscope, cette bouillie était entièrement formée de leucocytes granuleux. Je me crus, au premier abord, en présence de petits abcès du poumon, disséminés au milieu de l'hépatisation grise, abcès qui avaient échappé dans le principe.

En pratiquant des coupes colorées et montées par les procédés ordinaires sur des fragments de poumon hépatisé d'une part, et sur un foyer purulent et sa zone ambiante d'autre part, j'ai constaté ce qui suit :

1° Dans la portion hépatisée, la plupart des alvéoles sont entièrement remplies par des leucocytes granuleux qui forment une couche

opaque. Au voisinage de la plèvre, les alvéoles teintées en rose vif, après l'action du picro-carmin, vues à un plus fort grossissement, montrent de la fibrine réticulée, englobant des leucocytes et quelques globules rouges. En ces points, la fibrine prédomine de beaucoup sur les leucocytes.

Plus profondément, les alvéoles gorgées de globules blancs, avec quelques hématies, ne présentent dans les points les plus minces qu'un réseau peu apparent de fibrine.

Les capillaires alvéolaires sont généralement distendus par des globules rouges, et ne contiennent qu'un petit nombre de globules blancs.

On distingue en certains points les cellules épithéliales gonflées dont le noyau fait saillie dans la cavité de l'alvéole.

J'ajouterai que la plèvre épaissie, formée d'une trame fibro-élastique, dénuée de corps fibro-plastiques, est creusée de vaisseaux sanguins volumineux très rapprochés qui lui donnent un aspect lacunaire.

2° *Dans la zone confinant à un abcès*, on observe quelques fines bronchioles obturées par des leucocytes. Les parois alvéolaires sont épaissies et cet épaississement est dû aux modifications qu'ont subies les cellules plates de revêtement, qui sont devenues cubiques ou polyédriques; parfois, elles forment de petits amas; les vaisseaux capillaires se sont un peu dilatés. Le contenu des alvéoles ainsi rétrécies est formé entièrement par de la fibrine fortement colorée par le carmin, plutôt granuleuse que réticulée, et n'englobant qu'une quantité insignifiante d'éléments figurés.

En approchant du foyer purulent, on voit les tractus inter-alvéolaires, avec leurs fibres élastiques, disparaître subitement; puis commence une couche opaque de leucocytes, dont quelques-uns sont très volumineux; pas de fibrine interposée entre ces éléments.

Tels sont, en quelques mots, les résultats de l'analyse anatomique de cette pneumonie avec hépatisation grise et foyers de suppuration, ou, pour ne rien préjuger, avec foyers leucocytiques.

L'observation clinique aussi bien que l'observation anatomique méritent l'attention.

Voyons d'abord quelle a été la marche de cette pneumonie qui, bien que n'étant qu'un épiphénomène secondaire chez un leucocythémique, a été suivie avec soin.

Dès le 27 octobre 1881, époque à laquelle le malade entre dans le service de M. Sevestre, on note « à la partie moyenne du poumon gauche un souffle assez intense et rude ».

Le 17 novembre, on réausculte le malade et on trouve « un souffle très net au tiers moyen du poumon gauche ».

Le 17 décembre, la partie moyenne du poumon gauche est le siège

d'un souffle à timbre aigrelet. Le malade quitte l'hôpital, et rentre à la Charité le 15 février; il succombe au bout de trois jours. Bien qu'il n'ait pas été ausculté à ce moment, il est plus que probable qu'on aurait relevé les mêmes signes physiques, d'après les renseignements positifs qu'a donnés l'examen nécroscopique.

Ai-je besoin de faire remarquer combien est insolite l'évolution de cette pneumonie qui s'est prolongée pendant plus de quatre mois, sans que l'exsudat ait été résorbé, puisque nous le retrouvons encore dans les alvéoles? Cette lésion n'avait pas un caractère aigu, puisque le malade a pu quitter l'hôpital Tenon, alors qu'il présentait des signes physiques aussi accentués que ceux que nous avons mentionnés. Sauf, chez les vieillards, où la pneumonie peut rester latente, il est inusité de la voir retentir si peu sur l'état général.

Au point de vue anatomique, cette observation n'offre pas moins d'intérêt. Je ferai remarquer d'abord l'abondance et la durée de l'exsudat de fibrine, soit à l'état reticulé, soit à l'état granuleux. Toutes les alvéoles au voisinage des abcès ne contiennent que de la fibrine granuleuse.

La présence de la fibrine dans un exsudat pneumonique n'a rien qui doive surprendre chez un leucocythémique, car la quantité de fibrine est en général augmentée dans cet état morbide (V. à ce sujet: Gautier, Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène, t. II, p. 320; voy. aussi : Ch. Robin, Traité des humeurs). Mais la présence de la fibrine, que l'on regarde habituellement comme favorable dans les cas de pneumonie franche, n'a pas empêché l'exsudat de persister dans le cas particulier (1).

Doit-on faire intervenir l'augmentation des globules blancs du sang dans le développement de la pneumonie? Je n'oserai pas me prononcer sur ce point. Je serai moins réservé sur l'interprétation des foyers leucocytiques présentant l'apparence de petits abcès dissémi-

(1) Incidemment, on nous permettra de soumettre à la critique une opinion admise par quelques auteurs qui regardent la fibrine comme formée aux dépens des leucocytes.

Le professeur Alex. Schmidt a publié récemment dans les *Archives de physiologie* (mai 1882) un travail ayant trait à ce sujet; voici comment il s'exprime : « J'ai montré, dit-il, que le processus de la coagulation repose en entier sur une vaste décomposition des globules blancs, décomposition qui survient aussitôt que le sang ou les autres liquides de l'économie sortent de leurs conditions normales; le ferment de la fibrine se forme de la substance des leucocytes décomposés. Un autre produit de la décomposition des leucocytes est la paraglobuline ou substance fibrino-plastique, l'un des éléments de la coagulation. Il se peut que l'autre élément, la substance fibrinogène, ait la même origine. »

En opposition avec cette manière de voir, je rappellerai que le plasma séparé des globules par le refroidissement est parfaitement apte à se coaguler alors qu'il ne contient ni globules rouges ni leucocytes.

En second lieu, si la production de fibrine était due à la destruction des glo-

nés dans le parenchyme. Eu égard à la rareté extrême de la terminaison de la pneumonie par abcès, je croirais volontiers que ces *pseudo-abcès* doivent être rapprochés des extravasats leucocytiques que MM. Ollivier et Ranvier, et, depuis eux, d'autres auteurs, ont décrit dans divers organes : le foie, les reins, le cerveau, etc. Rien ne s'oppose néanmoins à ce que l'on admette que de petites collections purulentes, avec destruction locale des parois alvéolaires, aient pu se produire dans un poumon hépatisé depuis plus de quatre mois.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINEAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*suite*) (1),

Recueillies par M. Hamonic,

Interne du service.

En terminant, j'ajouterai qu'on doit faire coïncider la reprise du traitement avec le renouvellement des saisons (printemps et surtout automne).

C'est en effet à ces époques de l'année que la syphilis offre une recrudescence dans ses manifestations. M. Diday (de Lyon) a de plus montré que souvent les manifestations n'apparaissent qu'à ces moments et j'ai souvent constaté le fait.

Ces considérations générales posées, quels sont les modes d'administration et les doses des agents thérapeutiques de la syphilis?

Trois voies naturelles s'offrent au médecin pour l'administration du mercure. Ce sont les voies stomacale, pulmonaire et cutanée.

La première est la plus habituellement suivie jusqu'à ce jour. Elle offre au malade les plus grands avantages de se soigner; mais elle donne lieu à de nombreux accidents (salivation, accidents gastro-in-

bules blancs, elle devrait être augmentée proportionnellement à la multiplication de ces éléments dans le sang. Tout le monde sait qu'il n'en est rien. Dans la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, la leucocytose est légère le plus souvent, et cependant l'augmentation du chiffre de la fibrine est considérable. Tandis que dans la leucocythémie où l'hypergenèse leucocytique est portée à son summum, la fibrine est loin de s'accroître proportionnellement. En comparant les analyses de sang leucémique, on voit qu'elle ne dépasse guère 3, 4 ou 5 p. 1000; Isambert n'a trouvé que 1,40 p. 1000.

Dans certaines maladies infectieuses, la pyémie notamment qui s'accompagne d'une leucocytose considérable, le sang est très pauvre en fibrine (*sang dissous*). (Gautier, *Chimie appliquée à la physiologie*, t. II, p. 329.)

Pour toutes ces raisons, il nous paraît extrêmement douteux que la fibrine ait réellement l'origine que lui attribue Schmidt; les idées de Denis sur la plasmine et son dédoublement sont encore les plus rationnelles.

(1) V. *France médicale*, nos 17, 18, 20 et 22.

testinaux, etc....), et malgré toutes les précautions, souvent elle ne peut être continuée et tolérée pendant assez longtemps. De plus, dans la pratique nosocomiale, elle offre peu de garanties. Le malade ne fait pas son traitement, à moins que les médicaments soient donnés en solution et que les personnes chargées des prescriptions fassent faire devant elles le mouvement de déglutition. Aussi arrive-t-il que le séjour des malades à l'hôpital est prolongé inutilement.

Ces réserves établies, le mercure peut être prescrit à l'état métallique (pilules de Sédillot), ou à l'état de sels.

Voici la formule des pilules de Sédillot :

Onguent hydrargyrique........	4 grammes.
Savon médicinal..............	3 —
Poudre de réglisse...........	1 —

Faites 36 pilules. On en donne de une à deux par jour.

A l'état de sel le mercure est administré sous forme de protoïodure :

Protoïodure de mercure.......	1 gramme.
Thridace.....................	1 —

F. S. A. 20 pilules dont chacune contiendra 5 centigrammes de protoïodure.

Autant que possible, il faut donner les pilules mercurielles le matin et, le soir, donner des pilules d'extrait thébaïque afin d'éviter autant que possible les accidents gastro-intestinaux que produit le protoïodure.

La liqueur de Van Swieten est un médicament actif et commode. Sa formule a subi plusieurs modifications.

La formule authentique, due à Ribeira Sanchez, serait la suivante :

Deuto-chlorure de mercure (sublimé corrosif)..............	1 gramme.
Eau pure..	900 —
Alcool rectifié	100 —

Une cuillerée à café contient 5 milligrammes de sublimé.

M. Mialhe a modifié cette formule de la manière suivante :

Eau distillée.................	500 grammes.
Sel marin............. } āā	1 —
Sel ammoniac......... }	
Blanc d'œuf..................	N° 1
Sublimé corrosif..............	30 centigr.

Cette liqueur contient 1 centigramme par 15 grammes (c'est-à-dire par cuillerée).

M. Mauriac, à son tour, a fait subir à la liqueur de Van Swieten la modification suivante :

Bichlorure de mercure.........	1	gramme.
Alcool rectifié................	95	—
Sirop de morphine.............	250	—
Hydrolat de fleurs d'oranger....	100	—
Eau distillée..................	50	—
Alcoolat de menthe............	4	—

Chaque cuillerée à bouche renferme 2 centigrammes de sublimé.

C'est encore le bichlorure de mercure qui fait la base des pilules de Dupuytren :

Sublimé corrosif...............	4 décigr.
Extrait d'opium...............	8 —
— de gaïac..............	1 gr. 6 décigr.

F. S. A. 40 pilules. De 1 à 3 par jour. Chacune d'elles contient 1 centigr. de sublimé.

Chez les enfants on administre la liqueur de Van Swieten à la dose de 20 gouttes en quatre prises. On les mélange au lait du biberon. On peut aussi soumettre la nourrice à un traitement mercuriel. Enfin, on peut employer les frictions hydrargyriques.

A toutes ces préparations, je préfère la peptone mercurique ammonique de M. Delpech sous forme de solution ou sous forme pilulaire.

Voici la formule de M. Delpech :

Peptone sèche de Catillon......	15	grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque....	15	—
Sublimé......................	4	—

De cette préparation mère, dite peptone mercurique ammonique, on prend 2 grammes qu'on mélange aux substances qui suivent pour faire des pilules :

Peptone mercurique ammonique.	2 grammes.
Extrait de gaïac...............	2 —
Opium pulvérisé...............	0 gr. 50 centigr.
Poudre de guimauve..........	Q. S.

F. S. A. 100 pilules, dont chacune contiendra 5 milligrammes de sublimé. Une tous les jours.

Pour avoir la solution on prend 1 gramme de la solution mère que l'on mélange avec les liquides suivants :

Peptone mercurique ammonique.	1	gramme.
Glycérine pure................	50	—
Eau	200	—

Une cuillerée à café contient 5 milligrammes de sublimé.

Je vous dois les raisons de ma préférence pour les préparations de peptone mercurique ammonique ; d'abord, ce sont des préparations parfaitement dosées, et le médecin est assuré ainsi de la quantité de substance active administrée journellement. Ensuite l'association de la glycérine et de la peptone au sublimé donne à la solution une saveur sucrée, agréable, qui n'occasionne au malade ni nausées, ni vomissements, pas même du dégoût. En outre, les éructations, les diarrhées et les troubles gastro-intestinaux, si fréquemment consécutifs à l'ingestion du sublimé, ne s'observent pas, et on peut administrer facilement le médicament durant de longues périodes. Enfin, cette préparation ne produit pas la salivation de la stomatite mercurielle qu'il est fréquent d'observer par le fait des diverses préparations hydrargyriques.

Dans certaines circonstances on emploie le biiodure de mercure seul ou combiné à l'iodure de potassium. C'est un des agents qui tiennent le premier rang, au point de vue de l'énergie, parmi les composés mercuriels. On le prescrira suivant la formule de Gibert (de Saint-Louis).

Biiodure de mercure...........	10 centigr.
Iodure de potassium...........	5 grammes.
Gomme arabique pulvérisée.....	50 centigr.
Miel........................	Q. S.

F. S. A. 20 pilules. 2 par jour.

REVUE DE LA PRESSE

Maladies des organes génitaux chez les aliénés. — Un médecin russe, le Dr *S. Daniels*, vient de publier dans le *Deutsche med. Zeitung* un article sur ce sujet. Il a porté ses recherches sur la fréquence relative des troubles sexuels chez les aliénés.

Il a examiné 200 femmes, et il a obtenu les résultats suivants :

1° Chez 162 femmes, environ 80 0/0, il y avait une affection quelconque des organes génitaux.

2° Sur 140 femmes menstruées et dont l'âge variait de 15 à 42 ans, 20 seulement ne présentaient aucun trouble d'aucune sorte.

3° Sur les 60 femmes qui avaient cessé d'être menstruées, et dont l'âge variait de 42 à 75 ans, 18 souffraient de troubles des organes génitaux.

4° Parmi les femmes menstruées, il y avait chez 40 de l'endométrite aiguë ou chronique de tout l'organe ; chez 22, l'endométrite portait sur le col; il y avait 116 cas de métrite chronique du corps, 8 cas de métrite chronique du col ; dans 12 cas, il y avait des ulcérations du col ; chez 28 malades, la menstruation était irrégulière. Il y avait

en outre des déplacements de la matrice, des affections aiguës et chroniques des ovaires et des organes du voisinage. Plus rarement on trouvait du catarrhe du vagin (7 cas) ou de la vulve (4 cas). Il y avait 4 cas de rupture du périnée, un kyste de l'ovaire, un corps fibreux de l'utérus et un papillome de l'urèthre.

5° Chez les femmes non menstruées, excepté celles chez lesquelles il y avait de l'atrophie sénile de l'utérus, on avait surtout à noter des inflammations chroniques, 4 vieilles ruptures du périnée, et enfin de l'endométrite sénile.

Au point de vue mental, les troubles peuvent être classés ainsi : *a*. Chez les femmes menstruées : idiotie, 1 ; épilepsie avec aliénation mentale, 15 ; hystérie, 11 ; paralysie générale, 14 ; démence primitive, 31 ; mélancolie, 25 ; imbécillité, 10 ; mélancolie puerpérale, 5 ; manie, 18 ; alcoolisme, 2 ; manie puerpérale, 8. — *b*. Chez les femmes non menstruées : paralysie générale, 10 ; mélancolie, 10 ; démence, 9 ; alcoolisme, 3 ; imbécillité, 28.

De celles qui étaient menstruées, 31 étaient vierges, 41 étaient stériles, 68 avaient eu des enfants ; parmi celles-ci, 38 avaient eu un seul enfant, 30 en avaient eu plus d'un. De celles qui n'étaient pas menstruées, 2 étaient vierges, 14 étaient stériles, 44 étaient multipares. Parmi ces dernières, 9 avaient eu de 8 à 12 enfants.

Ces résultats montrent qu'il est fréquent de voir les maladies mentales se compliquer de désordres du côté des organes génitaux et que ces faits méritent toute l'attention des cliniciens.

The medical Press, de Londres, qui reproduit cet article, ajoute : « Beaucoup penseront, et non sans raison peut-être, que le médecin russe s'est laissé trop vivement entraîner par le désir de trouver des choses nouvelles et qu'il est entré sur un terrain qu'il aurait été préférable de ne pas explorer. Il faut espérer que dans notre pays nous sommes encore loin de l'époque où les gynécologistes enthousiastes soumettront des femmes, qui, vu la nature de leur affection, ne peuvent donner leur consentement, à un examen dont ils ne peuvent tirer aucun bénéfice et qui ne peut être suivi d'aucun traitement. »

Le rédacteur de *The medical Press* nous paraît à son tour se laisser avant tout dominer par ses instincts de pudeur britannique. Nous ne pouvons trouver aucune immoralité dans ces examens faits dans l'intérêt des malades, et d'autre part nous ignorions que l'on ne pût chez les aliénés traiter toute affection autre que leur folie.

A. Ch.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 22 juin 1882. — Présidence de M. Barth.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Variot fait une communication intitulée : *Pneumonie fibrineuse dans le cours d'une leucocythémie.* (V. ci-dessus, p. 365.)

M. Merklen demande si, au double point de vue clinique et histologique, cette affection pulmonaire ne pourrait pas être considérée comme une bronchopneumonie plutôt que comme une pneumonie vraie. Il s'agit en effet d'une complication survenue dans le cours d'une leucocythémie, d'une pneumonie secondaire par conséquent, à marche longue et insidieuse, à poussées successives manifestées par des souffles bronchiques passagers, ce qui est habituellement le fait de la bronchopneumonie. D'autre part les lésions histologiques constatées, alvéoles suppurées et lésions des bronchioles avec destruction des fibres élastiques au centre, à la périphérie alvéoles remplies de fibrine, c'est-à-dire nodules péribronchiques, se rapprochent également des altérations de la bronchopneumonie subaiguë.

M. Variot. Je me fonde sur les caractères macroscopiques de la lésion pulmonaire pour affirmer la pneumonie vraie. Les accumulations de leucocytes dans les bronchioles et les alvéoles seraient pour moi des infarctus de globules blancs.

M. Dauchez lit une observation intitulée : *Purpura hyperesthésique.* (V. *France méd.*, n° 22, p. 258.)

M. Barth, considérant en effet ce purpura comme symptomatique, demande quels sont les accidents cérébraux dont le malade a été atteint.

M. Comby désire savoir quelle a été la durée de l'amblyopie constatée.

M. Dauchez dit qu'il s'agit d'une amblyopie ancienne. Quant aux accidents cérébraux, accusés par le malade, ils paraissent répondre au vertige épileptique mieux qu'à toute autre chose.

M. Merklen émet quelques réserves sur la nature de ce purpura qui, par des poussées successives, accompagnées de douleurs périphériques, rappelle certaines formes de purpura exanthématique ou péliose rhumatismale.

La séance est levée à 9 heures et demie.

Les secrétaires des séances,
H. Barth et P. Merklen.

CORRESPONDANCE

—

Paris, *le* 23 *août* 1882.

A monsieur le rédacteur en chef de la *France médicale*,

Monsieur et honoré collègue,

Dans le n° de la *France médicale* du 17 août dernier, je lis une lettre de M. Ferran, médecin à Lyon, qui m'adresse au sujet d'une publication précédente des observations sur lesquelles je désirerais m'expliquer.

M. Ferran me reproche d'attribuer à la légère et de ma seule autorité à l'administration d'un lavement phéniqué des accidents de collapsus survenus chez un jeune homme dans le cours d'une fièvre typhoïde. Pour lui, ces accidents seraient simplement analogues à ces phénomènes d'asphyxie avec hypothermie dont la dothiénentérie offre quelques exemples. Mais M. Ferran a-t-il lu attentivement mon observation, pour confondre avec le collapsus asphyxique ce fait frappant de refroidissement considérable, acccompagné de sudation exagérée, d'une *respiration remarquablement calme et régulière*, d'uu pouls bien frappé et assez peu rapide (102 puls.) ?

En présence de cet état particulier précédé de convulsions violentes et survenues subitement, je n'ai pas hésité, je l'avoue, à attribuer ces phénomènes à l'absorption du médicament; et cela d'autant mieux qu'avant le lavement phéniqué le malade n'offrait aucun symptôme grave, la marche de la maladie était régulière, et cette même marche a été reprise le lendemain de l'accident jusqu'à l'époque tardive des complications qui ont amené la mort.

S'il y a eu *singulière prévention* de ma part, je n'ai pas été seul à la partager et M. Ferran en aurait été convaincu s'il eût assisté à la discussion de la Société clinique de Paris devant qui l'observation a été portée.

M. Ferran semble entendre parler pour la première fois de collapsus dans le cours de la médication phéniquée ; n'a-t-il jamais eu connaissance des statistiques établies à ce sujet ? Thèse de M. Van Oye. — Sur 36 cas de dothiénentérie, 4 cas de collapsus. — Mémoires de M. Claudot, médecin militaire, dont la statistique recueillie justement à Lyon est analysée dans le travail de M. Frantz Glénard. — Sur 43 fièvres typhoïde, 6 cas de collapsus.

Enfin, de pareils faits ont occupé tout récemment la Société médicale des hôpitaux ; dans le compte rendu de sa séance du 9 juin dernier, on pourra voir que des accidents semblables à celui que j'ai rapporté sont *connus* et appréciés.

J'espère donc que M. Ferran ne conservera pas de moi l'idée que j'ai pu lancer une accusation sans fondement aucun contre une mé-

thode de traitement qui donne entre ses mains des résultats si complètement satisfaisants. Je tiens à justifier mon observation de ce reproche de jeter le discrédit sur une thérapeutique qu'il ne m'appartient pas d'apprécier publiquement.

Je rapporte un fait analogue à d'autres bien connus sans en tirer aucune conclusion. Je considère seulement que ces cas anormaux sont utiles à connaître pour appeler des recherches nouvelles sur l'application d'une médication aussi importante que la médication phéniquée.

Tel est le sens vrai de mon observation qui ne me paraît pas avoir été comprise par mon honorable contradicteur; c'est pour rétablir ce sens que je vous prie de vouloir bien publier cette lettre.

Agréez, Monsieur et honoré collègue, l'expression des mes sentiments distingués, E. VALUDE,

Interne des hôpitaux.

NÉCROLOGIE

DESMARRES (Louis-Auguste), né à Evreux le 22 septembre 1810, est mort subitement le 22 août, dans sa propriété de la rue Saint-James, à Neuilly (Seine).

Reçu docteur à Paris le 23 juillet 1839, il soutint sur différentes questions de la médecine une thèse qui ne fit pas soupçonner un futur oculiste.

Il fut, après Sichel, le créateur des cliniques ophthalmologiques à Paris, et c'est auprès de lui que presque tous les médecins de mon époque ont étudié les maladies des yeux.

Il a publié dans les journaux, et surtout dans la *Gazette des hôpitaux*, un grand nombre de leçons sur la pathologie oculaire.

En 1842, il a publié un mémoire sur la méthode d'employer le nitrate d'argent dans quelques ophthalmies. — En 1847, il a publié son *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, qui eut une deuxième édition en 1854-58 en 3 volumes in-8°.

Nommé chevalier de la Légion d'honneur le 1er juillet 1850, il fut promu officier le 12 août 1859. Il était en outre commandeur de plusieurs ordres étrangers et membre de l'Académie royale de médecine de Bruxelles.

Desmarres fut pendant longtemps l'un des oculistes les plus renommés à Paris et il jouissait depuis quelques années d'un repos justement acquis. Il laisse plusieurs enfants et l'un de ses fils a continué pendant plus de vingt ans son enseignement libre. A. C.

NOUVELLES

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté en date du 22 août 1882, M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle sera ouvert le 1er mars 1883 à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

7770.6

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 24 MARDI 29 AOUT 1882

LA
FRANCE MÉDICALE

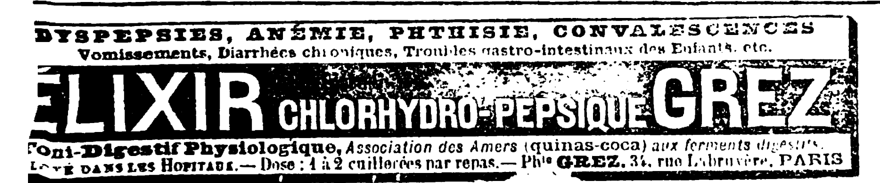
BUREAUX
On s'abonne chez
…IX & E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

…ur ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
…vrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
…nonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE





LITS ET FAUTEUILS MÉCA...

POUR MALADES & BLE...

VENTE ET LOCATION

DUPONT, à PA...

10, rue Hautefeuille (coin r. Serp...



OUVERT.

Fauteuil à exploration...



LA BOURBO...

EAU MINÉRALE ÉMINEMMENT RECONSTI...

Chlorurée sodique, bi-carbonatée, ...

(28 millig. d'arséniate de soude ...

Un demi verre à trois verres par ... pendant les repas.

Régénère les enfants débiles et ... affaiblies. *Anémie, Lymphatisme,* ... *peau et des voies respiratoires,* ... *tentes.* Emploi usuel en boisson ... contre les *Bronchites* et *Angines* ... tions pour les *dartres légères,* ...

Affections DE LA **VESSIE** Gravelle, Coliques Néphrétiques, Calculs, Catarrhe, Cystite.

BLENNORRHAGIE, ICTÈRE, GOUTTE, RHUMATISMES

GUÉRISON RAPIDE PAR LA

LIQUEUR PEPY

à l'Arenaria Rubra, Flac. 10 jours traitement 4 f., p'poste 4'50

Thé d'Arenaria Pepy pour le même usage. Prix 2 f., F° 2'20

Pilules Pepy à l'Arenaria Rubra. 100 pil. 3 f. F°. 3'20

PARIS, 79, Bd Strasbourg. Phie TIEURSIN, *et toutes pharmacies*

LES SINAPISMES BO...

AVEC GAZE

Sont les seuls que nos médecins ord... danger pour l'épiderme chez les per... veuses et les enfants.

Envoi franco d'échantillons sur ...

44, rue de Richelieu, Pharmacie ...

VIANDE & QUINA

VIN AROUD AU QUIN...

Et à tous les Principes nutritifs solubles de la **VIANDE**

Médicament-aliment, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de ... sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubl... plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de q... 27 gr. de viande. Prix : 5 fr.

Dépôt chez J. FERRÉ, pharmacien, successeur de AROUD, rue Richelieu, 102, à Par... principales pharmacies de France et de l'Etranger.

29e Année. — Tome II. — N° 24. Mardi 29 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU. — CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR RICHET.

Plaie des artères de la main. — Anévrysme faux consécutif.

Leçon recueillie par M. Bazy,

Chef de clinique chirurgicale.

Messieurs,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un malade auquel je me propose de faire une opération, qui n'est peut-être pas très rare, mais dont les indications ont besoin d'être posées avec d'autant plus de soins que vos livres classiques sont moins explicites à son sujet.

Le malade que je vais opérer est un jeune homme de 30 ans, rédacteur dans un journal politique. Il y a 15 jours, en examinant un révolver chargé, il fit partir tout à coup la détente; une balle lui traversa la paume de la main gauche à 2 centimètres 1/2 environ au-dessus de la tête du 3e métacarpien qui fut fracturé.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie immédiate bien abondante, et qui dans tous les cas fut facilement arrêtée. Un médecin fut appelé et crut devoir faire des débridements. Il y a toute une école, à la tête de laquelle est, vous le savez, M. Legouest, qui a longtemps préconisé l'usage des débridements dans les plaies par armes à feu; je ne blâme pas cette pratique; cependant je crois que les débridements doivent être faits avec beaucoup de ménagements et de circonspection, dans certaines régions comme la paume de la main par exemple, où l'on est exposé à léser un grand nombre d'organes, vaisseaux, nerfs et tendons. Je n'insiste pas. Toujours est-il qu'à l'entrée du malade, j'ai fait placer sa main sous l'irrigation continue que je considère comme bien plus efficace que les débridements.

L'événement a justifié mon attente: l'irrigation a été très bien supportée, et il n'y a pas eu trace d'inflammation.

Lundi dernier c'est-à-dire le 7 juillet, je l'examinai encore une fois pour savoir si je pourrais cesser l'irrigation (car je la fais cesser après 10 ou 12 jours environ). Je fus très étonné de sentir au niveau de la plaie, qui était à peu près complètement cicatrisée, de sentir, dis-je, des battements qui n'étaient évidemment pas ceux de l'arcade palmaire superficielle, car on ne les sent pas, et examinant avec plus d'attention, je vis un soulèvement isochrone avec les battements du pouls, et une petite tumeur qui venait se montrer au niveau du pli moyen de la paume de la main. Je dis immédiatement que nous nous trouvions en présence d'un anévrysme faux consécutif en voie de for-

mation. Je recommandai d'exercer une surveillance rigoureuse et de faire une compression légère au niveau de la tumeur. Je fis même cette remarque que la tumeur se rapprochait de la cicatrice et qu'elle s'ouvrirait infailliblement lorsque celle-ci serait un peu plus distendue. Je jugeai opportun d'attendre encore et de faire faire de la compression, directe au niveau de la tumeur et indirecte sur les deux artères radiale et cubitale. Je recommandai encore, quoi qu'il arrivât, de ne faire que la compression jointe à l'élévation du membre dans la position verticale.

Ce que j'avais prévu est arrivé : hier matin une petite hémorrhagie se produisait, facilement arrêtée par la compression, une 2e survint néanmoins dans la journée, et hier soir vers 5 heures, comme je venais voir le malade, je trouvai l'interne du service en train d'en arrêter une troisième par la compression et l'élévation verticale du membre.

Nous voilà donc en présence d'un anévrysme ayant donné lieu à des hémorrhagies. Il ne faut plus attendre : que faut-il faire? La question est grave, messieurs; car il peut s'agir ici de la perte de la main pour notre malade.

Et d'abord qu'est-ce que cet anévrysme? comment s'est-il formé?

Je ne sais pas si c'est le traumatisme lui-même, une coquille osseuse ou si c'est le bistouri du chirurgien qui a pratiqué les débridements qui a intéressé l'artère. Je ne veux pas insister; cependant je ne puis m'empêcher de croire que la cause de la lésion est le débridement : car les pulsations ont commencé à se montrer dans le point de la cicatrice correspondant à la plaie du débridement. Du reste, au point de vue de la conduite à tenir, ceci est relativement peu important. Ce qu'il importe davantage de connaître, c'est la constitution anatomique de cet anévrysme. Je ne dois pas beaucoup me préoccuper du siège exact de l'anévrysme. Est-il sur l'arcade palmaire superficielle? part-il de l'arcade profonde? je ne le sais pas. Du reste la richesse des anastomoses qui réunissent ces deux arcades ont beaucoup d'importance à ce point de vue.

Est-ce une plaie latérale rapidement obturée par un caillot qui aurait résisté jusqu'au 4 juillet, et à ce moment aurait cédé sous l'influence de l'impulsion sanguine? Est-ce, au contraire, une plaie complète, et la poche anévrysmale entoure-t-elle complètement l'artère? C'est là encore une question difficile à résoudre. L'important, c'est qu'il n'y a pas de sac, semblable à celui des anévrysmes spontanés, formé par la dilatation d'une ou de plusieurs tuniques artérielles, de sorte que l'anévrysme est parfaitement circonscrit. Ici, au contraire, nous nous trouvons en présence d'un pseudo-sac formé aux dépens des parties environnantes qui ont fini par se tasser de façon à simuler une membrane. Il n'est pas indifférent de savoir que nous sommes en présence d'un pseudo-sac : car la poche

ne contient que quelques caillots mous, non fibrineux, qui n'ont pas beaucoup de tendance à acquérir de la consistance et par suite à oblitérer la poche.

Enfin, pour compléter le tableau, nous devons ajouter que nous nous trouvons dans une région formée de loges aponévrotiques, au milieu de tissus lâches où le sang peut diffuser facilement, au voisinage de synoviales dont la blessure est dangereuse, au milieu de nerfs et de vaisseaux nombreux qui communiquent entre eux par de très larges et de très riches anastomoses.

Voilà les conditions dans lesquelles nous sommes, et nous allons intervenir. Quelle sera la nature de cette intervention?

On a recommandé dans ces cas les applications d'eau froide et de glace. Nous avons fait ces applications sous forme d'irrigation, non pas pour prévenir l'anévrysme (nous ne nous doutions pas qu'il arriverait une pareille complication) mais pour prévenir les accidents inflammatoires. Il est probable qu'une application nouvelle ne nous donnerait rien. Et cependant il faut éviter la perte de sang qui menace de se reproduire : notre malade n'en a pas encore perdu beaucoup; vous allez le voir dans un instant; mais ces hémorrhagies pourraient devenir sérieuses et inquiétantes.

Les autres moyens sont la compression mécanique ou digitale.

La compression mécanique peut être *directe*, c'est-à-dire sur l'anévrysme lui-même, ou *indirecte*, c'est-à-dire sur les vaisseaux qui s'y rendent. On peut les associer, ce qui constitue un excellent moyen; nous avons employé ce mode d'hémostase, en appliquant des piles d'amadou dans la paume de la main et des tampons sur les artères radiale et cubitale. Tout cela n'a pas empêché l'hémorrhagie de se reproduire, j'ajouterai même que j'avais fait faire l'élévation verticale du bras comme la recommandent MM. Gosselin et Houzé de l'Aulnoit; il y a eu malgré cela un léger suintement. Je m'en méfiais et j'avais quelques inquiétudes; aussi, ce matin, ma première visite a été pour lui.

Donc ce moyen est insuffisant.

La compression digitale a aussi donné du succès, surtout entre les mains de Vanzetti et de Marjolin. C'est surtout pour les plaies récentes et non pour des anévrysmes faux consécutifs qu'elle a été préconisée. Dans les cas comme le nôtre, elle n'aurait d'autre effet que de faire diffuser les caillots dans les gaines, ce qui empêcherait le véritable caillot de se former. Aussi pour ces raisons, j'y renonce, d'autant qu'elle ne serait pas plus efficace que la compression mécanique.

J'avais pensé à des injections de perchlorure de fer, mais comme l'anévrysme n'a pas un sac vrai, j'ai vite abandonné cette idée.

Nous sommes donc obligés de recourir à la ligature. Celle-ci peut

être directe ou indirecte. La ligature indirecte serait très simple: lier la radiale et la cubitale ne constitue pas une opération difficile, et il semble que cette double ligature dût suffire à arrêter l'hémorrhagie. Il n'en est rien, les faits ont amplement démontré le contraire ; la circulation artérielle, de même du reste que la circulation veineuse, si je puis ainsi dire, se fait par des anastomoses tellement riches que le sang trouve toujours une issue pour venir reparaître dans la plaie.

Dans un cas de plaie artérielle de la main, Bérard, après avoir lié la cubitale et la radiale, fut obligé de lier l'humérale. On a été même jusqu'à lier l'axillaire. Assurément la ligature de l'humérale est bonne, mais comme, même avec ce moyen, on n'est pas sûr d'arrêter une hémorrhagie, je me suis décidé à lier les deux bouts dans la plaie elle-même.

Si nous n'avions pas eu à notre disposition la bande dite d'Esmarch ou mieux la bande hémostatique, je me serais peut-être décidé à lier l'humérale, mais l'application de la bande d'Esmarch a beaucoup modifié les conditions de la ligature. Cette ligature est, en effet, singulièrement simplifiée quand on a une plaie exsangue, quand on n'est contrarié par aucun liquide qui puisse vous cacher la vue des objets placés devant vous; je ferai donc la ligature des bouts de l'artère divisée, c'est du reste la méthode la plus sûre, c'est celle qui expose le moins aux hémorrhagies consécutives. Cette ligature sera facile si nous avons affaire à une plaie latérale; si la section de l'artère est complète, à cause de la rétraction des bouts divisés, les recherches seront plus longues, et par suite l'opération plus difficile.

Nous avons encore à nous occuper d'une autre question. Dupuytren et avec lui d'autres auteurs ont prétendu que dans les plaies suppurées, les artères étaient plus friables que dans les plaies récentes, aussi devaient-elles se couper si on serrait trop le fil; ils avaient en conséquence donné le conseil de lier dans les tissus sains ou de prendre avec l'artère une certaine quantité du tissu environnant. Je ne crois pas trop pour mon compte à cette grande friabilité.

Dans tous les cas, chez notre sujet, cette friabilité ne pourrait exister, puisque la plaie n'a pas beaucoup suppuré. Du reste, il n'est pas nécessaire, avec ces petites artères, de faire une dénudation aussi exacte qu'avec les grosses ; l'hémostase est parfaite, sans qu'on ait besoin de couper la tunique moyenne, et pour cela de serrer fortement le fil.

L'opération a été faite comme elle a été indiquée. La bande hémostatique appliquée, une incision cruciale mit à nu l'intérieur du creux de la main et permit de voir un certain nombre d'artères qui

avaient été sectionnées, appartenant à l'arcade palmaire superficielle aux branches fournissant les collatérales des doigts et même à l'arcade profonde. On posa 7 ligatures. La bande d'Esmarch retirée, on ne vit aucun jet de sang, il se fit par la plaie un léger suintement facilement arrêté par la compression durant une dizaine de minutes. Au bout de ce temps, la plaie était exsangue. — Pansement avec de la charpie trempée dans de l'eau phéniquée, compression légère. — Aucun accident consécutif.

Le malade sort dix jours après.

Il est revenu en janvier 1882 pour se faire enlever le doigt médius qui était ankylosé dans toutes ses articulations. De plus, au niveau du point où la balle avait fracturé l'os, il s'était fait une pseudarthrose libre ; le fragment inférieur très aigu venait à chaque tentative de flexion du doigt faire saillie sous la peau, menaçant de la perforer, il en résultait que les mouvements des doigts étaient gênés et douloureux.

L'opération a consisté à enlever le médius avec le fragment inférieur du métacarpien. L'opération et ses suites ont été très simples.

Nous avons revu le malade au commencement de juin de cette année, la main n'offre rien de particulier : il n'y a pas le moindre battement ni la moindre tumeur dans la paume de la main. Le malade se plaint d'avoir quelques douleurs assez vives au niveau de la cicatrice. Le professeur Richet attribue ces douleurs à l'application de l'irrigation continue, car il a eu l'occasion d'observer quelques cas de névralgies traumatiques tardives chez des malades qui avaient été soumis à l'irrigation continue.

Sur les effets vaso-moteurs produits par l'excitation du segment périphérique du nerf lingual,

Par M. le professeur VULPIAN (1).

On sait que l'excitation faradique du segment périphérique du nerf lingual, que l'on vient de couper sur un mammifère, détermine une dilatation considérable de tous les vaisseaux de la moitié correspondante de la langue dans toute la région où se terminent les ramifications de ce nerf. L'expérience se fait très facilement sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle ou morphinisé. La membrane muqueuse dans toute cette région et celle du frein de la langue, du même côté, prennent une teinte rouge très prononcée ; il en est souvent de même, à un certain degré, pour la membrane muqueuse gingivale, à la face interne du maxillaire inférieur, vers la canine et les dents voisines. La veine principale qui longe, à la face

(1) Communication à l'Académie des sciences, séance du 21 août.

inférieure de la langue, le frein lingual, devient turgescente, et toutes les veines et veinules qui s'y rendent en parcourant cette région, du bord de la langue et vers le frein, se dilatent aussi. Le sang contenu dans ces vaisseaux offre une teinte rouge semblable, ou à peu près, à celle du sang artériel ; la température de cette partie de la langue s'élève notablement, etc.

Ce sont là des faits bien connus. Les phénomènes dont il s'agit se manifestent encore, après la ligature de l'artère linguale, du côté où l'on faradise le segment périphérique du nerf coupé. On les observe aussi presque au même degré, après qu'on a lié non seulement l'artère linguale, mais encore les artères carotides interne et externe du même côté, à plus de $0^m,01$ au-dessus de la bifurcation du tronc carotidien primitif, et ce tronc lui-même, au milieu du cou. La ligature de la carotide primitive et celle de l'artère vertébrale, avant son entrée dans le canal des vertèbres cervicales, ne les empêchent pas de se montrer, même lorsqu'on lie aussi la carotide interne et la carotide externe, à une certaine distance de la bifurcation de la carotide primitive. On constate encore ces effets de l'excitation faradique du nerf lingual, et ils sont tout aussi accusés, après la section du tronc nerveux vago-sympathique et après l'excision du ganglion cervical supérieur du même côté.

Quand la circulation s'arrête définitivement (farado-puncture des ventricules du cœur au travers de la paroi thoracique chez un animal sur lequel on vient d'exciter le segment périphérique d'un des nerfs linguaux, on voit que la moitié opposée de la langue devient pâle, que ses vaisseaux se resserrent, avant que ces mêmes phénomènes se manifestent dans la moitié de la langue, du côté où le nerf a été faradisé. De ce côté, la membrane muqueuse linguale reste rouge et les veines demeurent gonflées pendant une à deux minutes, le sang n'y perd que lentement sa couleur vermeille. Les effets produits par la faradisation du nerf lingual persistent donc pendant un certain temps après l'arrêt du cœur, et opposent pour ainsi dire de la résistance à l'excitation vaso-constrictive généralisée qui se produit, chez tous les animaux, quelques instants après la mort (1).

En même temps que tous les vaisseaux de la région innervée par le nerf lingual coupé et faradisé se dilatent, ceux de la même région de la moitié opposée de la langue se resserrent. Cette particularité ne m'avait pas frappé lors de mes premières expériences. Le contraste entre les deux moitiés de la langue, lorsqu'on vient de cesser

(1) J'ai essayé plusieurs fois de déterminer une nouvelle dilatation des veines de la face inférieure de la langue, en faradisant le segment périphérique du nerf lingual, au moment où, après la mort, ces canaux commençaient à revenir sur eux-mêmes. Je n'ai constaté ni dilatation nouvelle ni ralentissement du resserrement des vaisseaux du coté correspondant.

la faradisation du segment périphérique de l'un des nerfs linguaux, m'avait alors paru suffisamment expliqué par la congestion intense, déterminée ainsi dans la moitié de la langue qui correspond au nerf excité. Je me suis assuré plus récemment que la moitié opposée de la langue devient plus pâle qu'avant l'excitation faradique et que les veines de la face inférieure de cette partie de l'organe subissent un certain degré de resserrement.

Ce resserrement vasculaire et cette pâleur de la membrane muqueuse linguale ne sont pas dus uniquement à une dérivation du sang de cette moitié de la langue au profit de l'autre moitié de l'organe: il y a certainement une action nerveuse vaso-constrictive qui s'exerce sur les artérioles du côté qui pâlit.

S'il s'agissait d'un simple phénomène de dérivation, le diamètre des vaisseaux pourrait bien diminuer, mais le sang qu'ils contiennent ne changerait pas de couleur. Or ce changement de coloration a été incontestable dans plusieurs expériences. Lorsqu'on avait faradisé, par exemple, le segment périphérique du nerf lingual droit sur un chien curarisé, le sang des veinules et de la veine principale de la face inférieure de la moitié gauche de la langue, qui offrait avant la faradisation une coloration moins sombre, à cause de la curarisation, que dans les conditions normales, était devenu très manifestement noirâtre. La circulation s'était donc ralentie, de ce côté, dans les vaisseaux capillaires : le sang y avait pris des caractères plus marqués de sang veineux et cet effet ne peut être attribué, dans ces conditions, qu'à un resserrement très notable des artérioles sous une influence vaso-constrictive.

Une autre remarque prouve bien aussi que les modifications circulatoires observées dans la moitié gauche de la langue, lorsqu'on électrise le segment périphérique du nerf lingual droit, ne sont pas seulement la conséquence de l'augmentation d'afflux du sang dans la moitié droite de l'organe ; c'est que ces modifications (pâleur de la membrane muqueuse, teinte plus sombre du sang contenu dans les veines) sont loin d'avoir la même durée que celles qui ont lieu dans l'autre côté de la langue (congestion vive et générale de la membrane muqueuse, teinte vermeille du sang des veines, etc.). Si l'on a soumis le segment périphérique du nerf lingual droit à une faradisation d'intensité moyenne pendant trente à quarante secondes, les phénomènes de congestion, dans la moitié correspondante de la langue, ont atteint leur plus haut degré d'intensité ; à ce moment, les modifications subies par la circulation dans la moitié gauche de l'organe sont aussi des plus nettes. Or la congestion de la moitié droite de la langue et la rutilance du sang des veines de sa face inférieure durent plusieurs minutes ; parfois elles n'ont pas disparu complètement au bout de dix minutes, tandis que les phénomènes inverses qui

se manifestent dans la moitié gauche de la langue s'effacent souvent au bout d'une demi-minute ou d'une minute.

En somme il s'agit là d'une action vaso-constrictive réflexe et ce qui ne saurait laisser de doutes à cet égard, c'est que la constriction vasculaire ainsi provoquée dans la moitié gauche de la langue, lorsqu'on faradise le segment périphérique du nerf lingual droit, est beaucoup moins nette après la section préalable du nerf vago-sympathique du côté gauche.

Le nerf lingual paraît donc posséder un certain degré de sensibilité récurrente, qui se manifeste surtout quand on excite le segment périphérique de ce nerf coupé, par le resserrement des vaisseaux de la moitié opposée de la langue.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 26 *juin* 1882. — *Présidence* de M. MACHELARD.

M. le D[r] *Dromain* lit le procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

La correspondance comprend les annales de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire, et l'année 1881 de l'*Art dentaire.*

M. le D[r] *Le Coin* lit son rapport sur la candidature du D[r] Depasse. A la suite des conclusions favorables de ce rapport, on passe au vote. M. le D[r] Depasse est élu membre de la Société du VI[e] arrondissement à l'unanimité des suffrages..

Le président prie le secrétaire de vouloir bien inscrire au procès-verbal les félicitations que la société adresse à M. Porack au sujet de sa nomination d'accoucheur des hôpitaux.

M. Coursserant présente à la Société un ophthalmoscope d'un modèle particulier. M. Coursserant, frappé de la difficulté de voir avec l'ophthalmoscope basé sur la réflexion des verres à 45°, adapte à son instrument un petit caisson contenant un verre platiné ; l'observateur secondaire, que ce soit un élève ou un médecin consultant, regarde par un petit cône adapté à ce caisson ; les images sont transposées ; l'instrument est d'un prix modique.

M. Boucheron a publié, il y a quelque temps, une note dans laquelle il a indiqué que dans bien des cas où on a cherché l'acide urique dans les sécrétions, on ne l'a pas trouvé ; il a employé le murexide, et il a pu déceler la présence de l'acide urique dans les sécrétions vaginale, gastrique, leucorrhéique, nasale, etc. C'est dans la salive qu'il y en a le plus ; il lui a paru intéressant que les accidents uriques puissent se juger par l'examen de la salive. Les sujets arthritiques n'ont pas d'acide urique dans la salive. M. Bouchard a

admis qu'il y a autre chose que l'acide urique, qui joue le rôle pathogénique dans l'arthritisme et la goutte ; l'acide urique n'a pas d'action phlogogène. M. Boucheron pense qu'il faut incriminer les ptomaïnes.

Il procède par analogie avec un corps tiré de l'organisme animal, la cantharidine, dont la composition chimique est encore peu connue; cet alcaloïde animal détermine une inflammation séro-fibrineuse; absorbée par l'économie, elle circule et est éliminée dans certains lieux déterminés, les urines, la peau, la salive; elle produit à sa sortie des accidents pareils à ceux qu'elle produit sur la peau.

Une substance alcaloïde peut donc circuler sans danger et s'éliminer en un lieu d'élection, ou, se collectant dans un lieu d'élection, y déterminer des accidents. Mialhe admet que la cantharidine dans le milieu alcalin du sang fait un composé neutre, non irritant; avec un liquide acide, comme celui des voies urinaires, elle reprend ses propriétés irritantes ; l'économie peut donc fabriquer un alcaloïde animal pareil à la cantharidine. On peut comprendre la production de l'herpès phlycténoïde des lèvres, si c'est par là que cet alcaloïde s'élimine ; la lésion primordiale est une vésicule, et la plaque eczémateuse est une série de vésicules, ce serait donc un vésicatoire produit par le passage de dedans en dehors d'un alcaloïde analogue à la cantharidine; il en serait de même pour les autres maladies de la peau.

Le Dr Boucheron explique de la même façon les kératites, les affections de la cornée, le rhumatisme articulaire aigu, les affections séreuses générales, l'iritis, etc.

M. Leloir a démontré qu'un grand nombre d'affections cutanées sont accompagnées d'affections nerveuses et seraient dues à des névrites sous-jacentes; si ces lésions sont produites par l'élimination d'un produit alcaloïde, on comprendra que les nerfs seront irrités, qu'il y aura une névrite consécutive ; ceci expliquerait la névrite du zona et les névrites éloignées du siège du zona.

Au point de vue thérapeutique, l'explication donnée par Mialhe semble expliquer l'action des alcalins et du salicylate de soude; si le salicylate de soude neutralise la cantharidine ou le produit analogue, on comprend que dans un temps très court l'inflammation et la douleur disparaissent.

M. Boucheron ne peut donner des preuves positives; c'est aux chimistes d'étudier les ptomaïnes afin de bien éclairer la question.

Après une observation de M. Coursserant qui réserve la question du zona, et surtout du zona ophthalmique, la séance est levée à dix heures.

Le secrétaire annuel,
D. Reuss.

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE, par le Dr *H. Napias*, secrétaire général de la Société de médecine pratique et d'hygiène industrielle, in-8°, 580 p. Paris, G. Masson 1883.

Le livre de M. Napias n'est pas de ceux dont il soit possible de tenter l'analyse ; c'est un ensemble de documents précieux, d'indications très utiles, qui s'adressent non seulement aux médecins mais aux ingénieurs, aux architectes, aux membres des conseils de salubrité, à tous ceux enfin qui s'occupent d'hygiène.

L'auteur commence par l'exposé de tous les documents relatifs à l'organisation de l'hygiène publique en France depuis 1790. Aujourd'hui les pouvoirs publics sont conseillés et éclairés en matière d'hygiène : 1° au siège du gouvernement, par un conseil supérieur établi près le ministère de l'agriculture et du commerce: *Comité consultatif d'hygiène publique de France*; 2° dans les départements, par des conseils hiérarchisés: *Conseils d'hygiène et de salubrité départementaux; conseils d'hygiène d'arrondissement*; *commissions d'hygiène cantonales*; 3° dans les communes, il peut exister une commission s'occupant seulement de l'hygiène des habitations: commission des logements insalubres.

M. Napias reproduit la législation relative aux établissements industriels classés, les ordonnances et décrets rendus dans notre pays et la législation étrangère, puis il termine cette partie de son ouvrage par la législation relative au travail des enfants.

Après ces préliminaires, l'auteur entre dans son sujet lui-même; il étudie les conditions de la salubrité extérieure des établissements industriels, leur isolement, les hautes cheminées, les dégagements de vapeur et de fumée et leur condensation dans l'eau, leur combustion dans les foyers et surtout quelques dégagements particulièrement nuisibles pour l'homme ou pour la végétation, comme l'acide chlorhydrique, l'acide sulfureux, les vapeurs nitreuses, l'hydrogène sulfuré, l'acide arsénieux, les fumées plombeuses, les fumées des foyers industriels et autres.

Les résidus solides et liquides vont surtout se rendre dans les cours d'eau où ils produisent les altérations les plus nuisibles. Il faut autant que possible chercher à se conformer à la formule donnée par Girardin, dans ses leçons de chimie appliquée aux arts industriels, et répandre les eaux très divisées sur un terrain préalablement drainé. Girardin est arrivé ainsi à désinfecter la rivière de la Croult dont l'altération était causée surtout par la féculerie de Gonesse.

La salubrité intérieure doit être l'objet d'une vigilance non moins attentive. M. Napias étudie les matériaux, le sol de l'atelier, les murs, les toitures et les plafonds, les enduits hydrofuges, néces-

saires quand il s'élève des appareils des buées abondantes ; le milieu du travail, sa température ; le chauffage et la pression atmosphérique ; les appareils plongeurs dans lesquels l'homme doit respirer un air comprimé en équilibre convenable avec la pression ambiante. M. Napias étudie l'influence des gaz et des poussières, si nuisibles pour beaucoup d'ouvriers chez lesquels elles sont trop souvent une cause de phthisie, il étudie également les appareils de ventilation qui doivent réduire ces inconvénients à leur minimum.

Le milieu souterrain est assurément un des plus nuisibles ; l'auteur lui consacre un important chapitre ; il étudie les conditions de ce milieu et les maladies qu'il entraîne, l'anthracosis, l'anémie et l'anchylostomiase ; les accidents provoqués par le grisou et leurs causes, ainsi que les nombreuses mesures prises pour éviter ces explosions : lampes de sûreté, éclairage électrique, appareils mesureurs et avertisseurs du grisou, ventilation des tunnels.

Les accidents provoqués par les machines sont moins épouvantables sans doute, mais leur fréquence est extrême. En mécanicien consommé, M. Napias montre les causes principales de l'explosion des chaudières à vapeur et les moyens de les prévenir.

La matière mise en œuvre est elle-même la cause d'accidents fréquents et ce sont ces derniers qui sont observés le plus souvent par nos confrères. Aussi, le très important chapitre dans lequel M. Napias traite de ces empoisonnements sera-t-il celui dont la lecture sera le plus intéressante et le plus utile pour les médecins. Les principaux poisons industriels sont le plomb, l'arsenic, le mercure, le phosphore, le sulfure de carbone et le cuivre. Le lecteur trouvera là un excellent chapitre de pathologie et de toxicologie.

Les matières fulminantes, détonnantes, inflammables offrent pour nous beaucoup moins d'intérêt, mais l'auteur a tenu à faire un livre aussi complet que possible.

M. Napias consacre enfin plus de 180 pages de son ouvrage au résumé des prescriptions les plus habituelles formulées par les conseils d'hygiène aux établissements classés.

Notre laborieux confrère a dû dépenser pendant longtemps une somme de travail considérable pour réunir les éléments d'un ouvrage aussi complet ; il a fait preuve des connaissances les plus variées et les plus étendues et son livre sera désormais indispensable à tous ceux qui s'occuperont d'hygiène ; il renferme d'ailleurs tous les éléments de succès.

AMAND CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — **Le Dr Ledé (Fernand), médecin inspecteur des enfants du premier âge, vient de recevoir une médaille d'argent**

de 1re classe pour avoir donné, avec le plus entier dévouement, ses soins aux blessés lors de l'explosion de la rue François-Miron.

PRISONS DE LA SEINE. — Le Dr Fissiaux vient d'être nommé médecin adjoint de Mazas, en remplacement de M. le Dr Goujon, démissionnaire.

DE LA TRAITE DES BLANCHES CHEZ LES ROMAINS. — Les études sur l'origine de la syphilis et de la prostitution donnent lieu quelquefois à de singuliers rapprochements. Ainsi toute femme qui chez les Romains voulait se livrer à la prostitution devait en faire la déclaration aux édiles, magistrats municipaux chargés de la police de la ville. L'édilité était donc pour les Romains ce qu'est chez nous le bureau des mœurs, et de même que nos villes possèdent un échevin pour telle ou telle attribution, échevin des finances, échevin des travaux publics, Rome possédait aussi un échevin pour les mœurs; ainsi César a-t-il porté le titre de préfet des mœurs.

Quant au recrutement de la prostitution il était assez varié; toutefois les esclaves en constituaient l'apport le plus important. Il existait différentes catégories d'esclaves. Dans le temple de Vénus, où se faisait ce honteux trafic, on pouvait reconnaître aisément les esclaves indigènes des étrangères et des captives de guerre. Les premières avaient les pieds blanchis à la craie; la seconde catégorie avait les pieds blancs; quant aux prisonnières, leurs têtes étaient surmontées d'une couronne. (Pline et Juvenal.)

Lorsque le marchand ne garantissait pas les qualités physiques ou morales de l'esclave mise en vente, il la coiffait d'un bonnet de laine blanche.

Si maintenant un maître vendait son esclave tout en stipulant qu'on ne la prostituât point et que l'acquéreur ne tînt aucun compte de cette réserve, ce dernier perdait ses droits sur elle et l'esclave redevenait libre. Une loi analogue existait chez les Hébreux; s'il arrivait par exemple qu'une esclave se prostituât et que son maître se montrât trop indulgent, les magistrats avaient le droit de l'affranchir, dans l'espoir qu'acquérant par là la faculté de se remarier, elle mènerait une vie plus chaste.

Les enfants abandonnés, le rapt des jeunes filles contribuaient aussi pour une large part au recrutement de la prostitution.

Enfin, les femmes libres convaincues d'adultère furent d'abord condamnées à l'amende, à l'exil si elles étaient patriciennes, plus tard elles furent contraintes de se faire inscrire chez les édiles comme de simples prostituées, et au son d'une cloche elles devaient se livrer au premier venu dans un lupanar, usage qu'abolit l'empereur Théodose.

(*Presse médicale belge*).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 18 *au* 24 *août* 1882. — Fièvre typhoïde, 74. — Variole, 8. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 28. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 75.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 34.

Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 56. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 125; au sein et mixte, 58; inconnu, 6. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 77; l'appareil circulatoire, 49 ; l'appareil respiratoire, 59; l'appareil digestif, 46 ; l'appareil génito-urinaire, 22; la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 9. — Nombres absolus de la semaine, 1,034.

Résultats de la semaine précédente : 1,100.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc'Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

'INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 25 JEUDI 31 AOUT 1882

LA
FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

...resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
...s ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
...s Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 25. Jeudi 31 Août 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 30 août 1882.

M. Marjolin a pris depuis longtemps à tâche l'amélioration du sort des enfants pauvres qui sont obligés de demander les secours de l'assistance publique; malgré le peu de succès qu'ont eu jusqu'à maintenant ses réclamations, M. Marjolin poursuit son but avec une persévérance digne des plus grands éloges. D'ailleurs l'honorable académicien sait qu'il faut compter avec la routine et avec l'indolence administrative et il demande le puissant renfort de l'Académie.

Récemment M. Marjolin faisait une communication des plus intéressantes sur les hospices d'enfants assistés; hier il prenait à partie les hôpitaux d'enfants et il en critiquait vivement l'organisation intérieure et l'insuffisance; ces hôpitaux, excellents à l'époque où ils ont été créés, ne répondent plus suffisamment aux besoins actuels; la limite d'âge à laquelle on y reçoit les enfants (2 ans) est beaucoup trop élevée et force à laisser dans leurs familles des enfants qui ne peuvent y être soignés convenablement. Le nombre de lits est d'ailleurs trop petit et il faudrait créer de nouveaux hôpitaux à Paris et à la campagne; il faudrait créer en outre des services distincts pour les enfants atteints de maladies contagieuses, un service pour les idiots et pour les jeunes épileptiques qui actuellement ne peuvent être reçus nulle part et dont la maladie, d'abord guérissable, finit par devenir beaucoup plus grave lorsqu'on les laisse chez leurs parents.

M. Marjolin veut améliorer le service et le traitement externe des teigneux. La teigne en effet a pris récemment des proportions assez considérables à l'est de Paris et l'on a dû créer à l'hôpital Trousseau un nouveau service.

Le traitement à domicile doit être amélioré comme le traitement à l'hôpital. Parmi les causes qui empêchent l'extension de ce traitement se trouvent la misère des parents et les mauvaises conditions hygiéniques des logements qu'ils occupent; M. Marjolin demande que l'on donne aux petits malades des secours en nature et qu'on puisse les envoyer à la campagne pour compléter leur guérison.

Les conclusions du travail de M. Marjolin ont été votées après une courte discussion et l'Académie a décidé que le mémoire imprimé serait renvoyé au ministre.

A. Ch.

Deux cas de paralysie diphthéritique à marche rapide.

par M. Marey,
Interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société clinique trois faits de paralysie diphthéritique à marche rapide. Dans le premier fait, il s'agit d'une petite fille de 2 ans, entrée le 20 juin dernier au pavillon de la diphthérie à l'hôpital Trousseau (service de M. Bergeron).

Elle avait eu la rougeole quinze jours auparavant.

On s'était aperçu de son angine depuis quatre ou cinq jours.

Le soir du 20 juin, les symptômes constatés furent les suivants : de chaque côté un ganglion sous-maxillaire volumineux, peu mobile, fausses membranes jaunâtres épaisses et adhérentes sur les deux amygdales et le pourtour de l'isthme qui sont considérablement tuméfiés.

Pas de coryza diphthéritique ni de croup.

Aucune lésion pulmonaire à l'auscultation.

Les boissons étaient rejetées par le nez en très petite quantité, et l'on pouvait penser, vu l'apparition précoce de ce symptôme, qu'il ne s'agissait pas de la véritable paralysie diphthéritique, mais d'une simple propagation de l'inflammation de la muqueuse au tissu musculaire sous-jacent.

Le 21 juin, la luette est complètement engainée par les fausses membranes.

Absence complète d'albumine dans l'urine.

Le reflux des boissons par les narines est plus considérable. Il n'y a pas trace d'aucune autre paralysie, ni des muscles de l'œil, ni de ceux des membres.

La température centrale reste basse toute la journée; prise dans le rectum elle n'est que de 37°,2 et de 37°,3 le soir. Dans l'après-midi les extrémités commencent à se refroidir.

Le 22 juin. A sept heures du matin, vomissements à deux ou trois reprises.

Deux heures après la visite, nous constatons que l'algidité a beaucoup augmenté et s'étend jusqu'à la racine des membres.

Il y a diminution de la sensibilité au tact et à la douleur.

La motilité est conservée dans les membres ; mais les membres du cou sont paralysés et quand on l'assied dans son lit, la tête retombe inerte sur les épaules.

Pas de dyspnée.

Les battements du cœur sont réguliers, mais ralentis : 70 pulsations seulement dans une minute.

On fait l'examen de la gorge : pas de changement dans l'aspect des fausses membranes.

Immédiatement après cet examen, l'enfant est prise de convulsions toniques, raideur des membres, opisthotonos, strabisme convergent.

En même temps pâleur considérable, dilatation des pupilles et arrêt des contractions cardiaques.

Ces derniers symptômes ont évolué en moins d'une demi-minute. A la suite de l'arrêt des battement du cœur, elle a encore eu trois ou quatre mouvements respiratoires.

Autopsie 24 heures après la mort.

Pas de fausses membranes dans le larynx ni dans les bronches. Comme lésions pulmonaires, quelques nodules de bronchopneumonie dans le lobe moyen du poumon droit; le reste du tissu pulmonaire est sain.

Pas de péricardite ni d'endocardite. Dans le ventricule gauche, un petit caillot grisâtre non adhérent à l'endocarde. Le myocarde paraît sain, du moins à l'œil nu ; il a conservé sa couleur et sa consistance.

Pas de lésions appréciables des reins ni du système nerveux. Le cœur, les reins, le système nerveux central et les pneumogastriques seront soumis dans quelque temps à l'examen microscopique. Nous rendrons compte plus tard à la Société du résultat de cet examen.

Pendant les mois de mai et juin, on a reçu 112 malades atteints de diphthérie au pavillon Bretonneau. Sur ces 112 malades, deux autres sont morts à peu près de la même manière. Malheureusement pour les deux autres cas, je n'ai pas été à même d'observer comme pour le précédent les accidents ultimes et j'ai dû me contenter du rapport qui m'en a été fait par les personnes attachées au service.

Voici en quelques mots les deux autres faits :

Dans la nuit du 29 mai entre un enfant de 3 ans 1/2 qui avait de l'angine depuis huit jours et du croup depuis deux jours. La trachéotomie est jugée nécessaire et immédiatement pratiquée.

A la suite de l'opération le soulagement est notable, l'expansion vésiculaire parfaite.

Mais les liquides sont rejetés par la canule.

L'enfant passe ainsi la journée du 30 mai.

Le 31 au matin paralysie complète des quatre membres et des muscles du cou avec anesthésie et algidité.

Pas de dyspnée, 90 pulsations.

Vers quatre heures de l'après-midi il est pris de vomissements, pâlit et meurt presque immédiatement.

A l'autopsie, aucune lésion en dehors des fausses membranes laryngées.

Dans le fait suivant, les accidents mortels sont survenus à une époque un peu plus avancée de la maladie.

Une jeune fille de 11 ans 1/2 entre au pavillon le 14 juin pour une angine dont le début remontait à trois jours.

Adénite sous-maxillaire avec empâtement périphérique.

La gorge, considérablement tuméfiée, est tapissée de fausses membranes très épaisses, ecchymotiques par places, ni coryza, ni croup.

Beaucoup d'albumine dans les urines.

Le 17 juin. Coryza, écoulement nasal irritant séro-sanguinolent. Le voile du palais commence à se paralyser.

Huit jours après, le 24 juin, la gorge commençait à se déterger. La paralysie était restée limitée au voile du palais, lorsqu'à sept heures du soir la malade fut prise subitement de convulsions toniques avec pâleur considérable et mourut en moins d'une minute, après avoir eu encore deux ou trois mouvements respiratoires.

Dans ce cas, il n'y eut pas de vomissements prémonitoires.

Il survient donc maintenant dans le cours de certaines paralysies diphthéritiques, et dans les premiers jours de ces paralysies, des accidents rapidement mortels annoncés généralement par de l'algidité et des vomissements.

L'albuminurie n'est pas constante dans ces cas, puisque dans nos trois faits elle a manqué complètement une fois et n'existait une autre fois qu'en très petite quantité.

Il y a absence de dyspnée.

Le pouls se ralentit.

Bientôt surviennent des convulsions toniques accompagnées d'une pâleur considérable ; et le ralentissement de plus en plus marqué des battements cardiaques aboutit à l'arrêt du cœur auquel succèdent encore quelques mouvements respiratoires.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE DE M. SIREDEY

Note sur une hypertrophie simple des glandes parotides observée chez plusieurs saturnins,

Par le Dr J. Comby,

Ancien interne des hôpitaux.

Pendant notre internat chez notre très affectionné maître, M. Siredey, nous fûmes frappés, mon collègue Ch. Broussin et moi, du développement considérable qu'avaient pris les parotides chez deux saturnins soumis à notre observation.

Les glandes formaient symétriquement, en arrière et au-dessous de l'angle des mâchoires, deux saillies molles, indolentes, et mobiles sur les parties voisines. A la palpation, on reconnaissait très bien, au-dessous de la peau, les lobes glandulaires avec leur conformation

arrondie et leur consistance supérieure à celle du tissu cellulaire environnant.

Quand on interrogeait les malades sur le début et la marche de ces tumeurs qui déformaient leur visage d'une façon aussi notable, on n'obtenait aucun renseignement précis. Car il s'agit d'une augmentation de volume simple, avec énucléation partielle de la glande, sans réaction inflammatoire à aucun moment. Notre curiosité, éveillée par ces deux faits, nous a porté à rechercher l'hypertrophie parotidienne dans tous les cas d'intoxication saturnine. Dans différents services de l'hôpital Lariboisière, nous avons rencontré un grand nombre de vieux saturnins atteints de cette hypertrophie symétrique des parotides. Aucun d'eux n'avait pris garde à cette affection, aucun n'avait présenté le moindre symptôme en rapport avec le gonflement.

Le fait que nous publions aujourd'hui n'a donc pas une très grande importance; nous n'essaierons pas de l'expliquer, nous contentant provisoirement d'en assurer l'existence.

Nous choisissons, au milieu des exemples que nous avons observés, un des plus typiques :

R..., 45 ans, manie les sels de plomb depuis vingt-cinq ans ; il a été atteint de coliques de plomb à dix reprises. Il y a deux mois, il aurait eu une colique assez forte suivie d'albuminurie. Il y a quatre jours, une nouvelle colique assez forte s'est déclarée avec constipation opiniâtre et vomissements répétés.

Il se présente à l'hôpital dans un état de pâleur et de faiblesse très marquées ; le liseré des gencives est net. Le malade accuse des crampes dans les jambes et dans les mains ; celles-ci ont perdu leur force et serrent très peu les objets. La sensibilité cutanée est conservée partout. Arthralgie au niveau des genoux. Douleurs de rein ; urines pâles, abondantes, non albumineuses, ventre très sensible ; douleur extrêmement vive le long du cordon testiculaire gauche, la pression même légère ne peut être endurée.

Le testicule gauche est atrophié et très douloureux à la pression. L'appareil testiculaire droit est normal. Interrogé sur sa puissance génitale, le malade nous apprend qu'il a perdu depuis longtemps les appétits et les facultés nécessaires à l'accomplissement de ses devoirs conjugaux.

En résumé, nous sommes en présence d'un vieux saturnin, intoxiqué de longue date, et chez lequel les organes génitaux ont été gravement touchés.

Mais ce qui frappe surtout chez cet homme, c'est l'aspect de sa physionomie ; il semble qu'il ait les oreillons, et ses deux glandes parotides, considérablement hypertrophiées, débordent sur l'angle des maxillaires et sur les régions voisines. On palpe très facilementles

glandes et on peut s'assurer de leur consistance et de leurs rapports. L'exploration est très facile et sans douleur pour le malade. Il sait que ces grosseurs n'ont pas toujours existé, qu'elles sont relativement récentes ; mais il n'en a jamais été incommodé, et ne s'est pas intéressé suffisamment à leur développement pour nous donner des renseignements précis à ce sujet.

Les autres faits, au nombre d'une douzaine, que nous avons observés, présentent avec le précédent une identité absolue.

Nous engageons nos collègues à rechercher dans les cas d'intoxication saturnine ancienne l'état des parotides, pour confirmer ou infirmer nos propres observations.

Nous saurons ainsi s'il existe bien réellement des rapports entre le saturnisme et cette hypertrophie parotidienne, ou si nous avons été victimes de simples coïncidences.

REVUE DE LA PRESSE

Obésité et maigreur. — M. le Dr E. Monin vient de publier dans le *Journal d'hygiène* et de réunir en une petite brochure une excellente étude d'hygiène pratique sur l'obésité et la maigreur et sur le moyen de combattre ces deux états également disgracieux. M. Monin, qui, sans prétention à l'obésité, a su se maintenir lui-même dans les limites d'un agréable embonpoint, traite spirituellement un sujet qu'il connaît à merveille. Il montre les inconvénients et les dangers de l'obésité et ses causes principales, et donne rapidement, mais d'une façon très complète, les indications nécessaires pour le traitement. Il s'élève contre l'abus des boissons aqueuses, alcooliques et gazeuses et recommande les eaux alcalines naturelles ouartificielles, l'iode et les iodures.

Mais la cure de l'obésité est surtout une affaire d'agents physiques et de régime. M. Monin recommande l'exercice et l'hydrothérapie, l'habitation d'un lieu sec et élevé. L'obèse ne doit pas rester au lit plus de six ou sept heures et fuir le sommeil après ses repas.

Le régime est surtout très important. L'obèse doit quitter la table avec la faim, l'économie s'habitue vite à cette privation. Il faut résister à la faim et à la soif et commencer par supprimer le repas du matin, que l'on remplacera avantageusement par l'exercice. L'obèse doit boire le moins possible, restreindre considérablement l'alcool, la bière, le porto, le cidre, le champagne et les eaux gazeuzes et se contenter à ses repas d'un vin acide, jeune et léger, un vin blanc de préférence à cause de l'action diurétique de ce dernier.

L'obèse doit éviter les corps gras, les féculents, le sucre, les bon-

bons et surtout le chocolat, les fruits sucrés. Le pain doit être fait avec de la farine de second choix, mêlée avec du son ; on évitera le pain grillé. L'obèse fuira les mets succulents, les ragouts, le foie, les rognons, la cervelle ; parmi les volailles, il évitera le canard et l'oie pour manger plutôt le poulet et dindon. Comme viande, il recherchera la chair du bœuf et du mouton grillée ou rôtie. Comme poisson il fuira la laitance et les œufs de poisson, le saumon, la raie et l'anguille, poissons graisseux. Le repas du soir, très léger, pourra consister en aliments légers et en légumes frais herbacés. M. Monin permet l'usage du café sans sucre et surtout du thé qui est tonique et désassimilateur et joue un grand rôle en Angleterre dans le régime d'entraînement des jockeys.

Il est moins fréquent d'avoir à traiter la maigreur ; on a plus souvent à en combattre les causes évidentes. Quoi qu'il en soit, le malade se trouvera bien d'un séjour à la campagne ; son sommeil sera de huit heures au moins et tous les quatre jours il prendra un bain chaud prolongé.

L'alimentation sera copieuse et nourrissante et le malade devra suivre la diète grasse, quand la température le permettra. M. Monin conseille le lait, le chocolat, le pain bien levé et fait avec de la farine de premier choix. Parmi les potages, il recommande les pâtes alimentaires et surtout les *gaudes*, farine de maïs au lait, avec laquelle, dit-il, les Orientaux engraissent leurs femmes et les Strasbourgeois leurs oies. Les œufs, le lait de poules, les animaux entiers (huîtres, moules, escargots, écrevisses), les cervelles de jeunes animaux, les poissons défendus à l'obèse, le sucre, les confitures, le miel, les cures de raisin sont très favorables à la production de la graisse. Mais il faut surtout compter sur la diététique suivante : autant que le permettra la tolérance de l'estomac, ingurgiter des corps gras, du beurre, des huiles, des viandes noires grasses, des pâtés de foie de volaille, du porc sous toutes ses formes. Au repas, boire un bon vin coupé avec une eau arsenicale et dans l'intervalle boire deux ou trois fois par jour un verre d'une bière bien préparée.

Nous recommandons beaucoup la lecture de ces quelques pages aussi agréables qu'utiles. Comme le dit l'auteur, après Legouvé : « Il n'est pas nécessaire d'être ennuyeux pour être sérieux. »

A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 *août* 1882. — *Présidence de* M. Larrey.

La Correspondance comprend : 1° des lettres de candidats pour le prix Saint-Paul ; 2° des lettres de remerciements des lauréats des derniers prix de l'Académie.

M. Polaillon présente de la part de M. Giuseppe Silvestrini, professeur à l'université de Sassari, trois mémoires sur divers sujets.

NOTE SUR LES AMÉLIORATIONS A INTRODUIRE DANS LES HOPITAUX D'ENFANTS DE PARIS. — *M. Marjolin* fait rapidement l'historique de l'hôpital des enfants de la rue de Sèvres. Il est regrettable que l'administration hésite à accomplir dans cet établissement les réformes demandées depuis si longtemps par le corps médical. Aujourd'hui que des événements très pénibles ont éveillé l'attention du public sur la nécessité de modifier l'organisation des hôpitaux d'enfants, il faut espérer que la voix des médecins sera mieux écoutée.

Déjà, en 1875, la Société de chirurgie avait nommé une commission dont M. Marjolin était rapporteur. La Société fut presque unanime pour adopter les conclusions de la commission, mais aucune amélioration n'a été réalisée.

Les améliorations demandées portent sur la nécessité d'augmenter le nombre des lits, d'abaisser l'âge d'admission, de faciliter l'isolement des maladies contagieuses et de créer des hôpitaux à la campagne.

Les services des hôpitaux d'enfants sont constamment encombrés, surtout les services de chirurgie. On est donc forcé soit de laisser se produire un encombrement des plus regrettables, soit de repousser indéfiniment l'entrée de malades gravement atteints. Pour une population de 2,225,000 habitants, les 963 lits des hôpitaux Trousseau et de la rue de Sèvres et les 900 lits de Berk, Forges et la Roche-Guyon ne suffisent pas pour les enfants qui ne peuvent pas être soignés dans leurs familles.

De même le minimum d'âge auquel on peut recevoir ces enfants force de laisser dans leurs familles des enfants qui ne peuvent y être convenablement soignés. En dehors des affections traumatiques, on rencontre souvent chez les enfants de moins de deux ans des affections chirurgicales aiguës qui ne peuvent être soignées dans des familles pauvres.

Une autre modification nécessaire du règlement, c'est la suppression de la classification en maladies aiguës et en maladies chroniques. Cette classification est inhumaine, on semble mettre les maladies chroniques au second plan et vouloir s'en occuper moins que des autres. De plus, les malades chroniques font, avant de pouvoir entrer à l'hôpital, un long stage pendant lequel leur santé périclite toujours rapidement.

Pour pouvoir adopter ces mesures et en même temps désencombrer les hôpitaux, il faudrait créer deux nouveaux hôpitaux à la campagne. Dans quelques cas, les guérisons obtenues chez les enfants placés à la campagne ont dépassé ce qu'on pouvait attendre.

M. Marjolin demande également que les jeunes épileptiques puis-

sent être soignés dès le début de leur affection. Plus le traitement est commencé de bonne heure, plus il y a de chances de guérison. Il faudrait donc créer un nouveau service spécial d'enfants épileptiques en dehors de ceux de Bicêtre et de la Salpêtrière. Actuellement, les jeunes épileptiques, repoussés des services par le règlement, sont la source de nombreux accidents.

La teigne, par sa fréquence et les dépenses qu'elle entraîne, a dû éveiller l'attention de l'assistance publique. Il y a encore à Paris un nombre considérable d'enfants atteints de la teigne tondante. La guérison est difficile à obtenir. Dans les hôpitaux d'enfants, il y a un certain nombre de lits réservés aux teigneux, d'autres enfants viennent au traitement externe et même ces derniers guérissent plus rapidement.

Pour montrer la nécessité de l'isolement dans les hôpitaux d'enfants, M. Marjolin cite des extraits de la thèse récente de M. Béclère sur la contagion de la rougeole (Voir *France médicale*, T. I, n° 72, p. 861).

Il n'est pas possible de remplacer les hôpitaux d'enfants par le seul traitement à domicile. D'après les rapports des médecins du bureau de bienfaisance, un grand nombre de logements d'ouvriers offrent toutes les causes d'insalubrité. Il faut assainir à la fois les hôpitaux et les logements d'ouvriers. La tâche est difficile, mais elle n'est pas au-dessus de la puissance de l'Académie.

Pour que le traitement à domicile soit efficace, il faut que les visites du médecin soient régulières, qu'on ne soigne pas à domicile des maladies contagieuses, que les malades puissent recevoir des secours en nature et que les enfants convalescents puissent être envoyés à la campagne.

M. Marjolin soumet à l'approbation de l'Académie les conclusions suivantes :

1° Abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux d'enfants à 16 ou 18 mois.

2° Augmenter le nombre de lits consacrés aux enfants malades par la création dans Paris de nouveaux hôpitaux.

3° Séparer rigoureusement, dans des services distincts, les enfants atteints de maladies contagieuses.

4° Créer hors Paris un ou plusieurs hôpitaux plus spécialement affectés aux enfants dont l'état de santé et la maladie nécessitent des soins prolongés.

5° Adopter dans les hôpitaux d'enfants les distinctions adoptées dans les hôpitaux d'adultes entre maladies médicales et maladies chirurgicales.

6° Création d'un service spécial pour les jeunes épileptiques et les idiots en dehors des services de Bicêtre et de la Salpêtrière.

7° Conservation des services internes des teigneux avec adoption de mesures nouvelles assurant le fonctionnement régulier du traitement externe.

8° Conserver et améliorer le traitement à domicile, lorsque les conditions hygiéniques du logement des parents permettront de faire suivre un traitement efficace et que les maladies ne seront pas contagieuses.

Les conclusions sont adoptées comme ci-dessus après une discussion à laquelle prennent part MM. Roger, Fauvel, Mialhe, Rufz, de Lavison et Larrey.

Sur la proposition de M. le président, appuyé par M. Bouley, le travail et les conclusions de M. Marjolin seront adressés au Ministre.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE SUR L'ÉPILEPSIE PARTIELLE, par le Dr L. *Greffier*, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8°, 104 p. Paris, A. Coccoz, 1882.

M. Greffier termine par les conclusions suivantes sa thèse, faite dans le service de M. le professeur Charcot.

Les symptômes de l'épilepsie partielle sont analogues à ceux de l'épilepsie générale, et ne s'en distinguent que par leur limitation à un seul côté du corps ou même à une région circonscrite.

L'aura est un phénomène inconstant. Quand elle existe, elle peut être motrice, sensitive ou viscérale ; le cri initial semble faire toujours défaut.

La perte de connaissance est un phénomène des plus inconstants et qui présente les plus grandes variétés.

Les réflexes sont presque toujours exagérés dans les membres atteints; mais l'anatomie pathologique ne nous en a pas encore révélé la raison.

L'épilepsie partielle peut affecter diverses formes : forme hémiplégique proprement dite, forme tonique, forme vibratoire, forme d'épilepsie partielle de l'enfance, forme syphilitique; nous avons dû les décrire isolément.

L'épilepsie partielle est un syndrome qui peut accompagner des lésions très diverses; la nature des lésions n'a pas d'influence sur la production de l'épilepsie partielle ; mais il n'en est pas de même de leur siège qui est constamment *la zone motrice corticale.*

Il résulte de la proposition précédente que l'épilepsie partielle indique presque sûrement une lésion limitée de l'encéphale, lésion de

la zone motrice corticale, mais qu'elle n'indique pas la natnre de la lésion.

Les divers traitements institués pour l'épilepsie générale : bromure de zinc, bromure de sodium, bromure de potassium, élixir polybromuré, conviennent à l'épilepsie partielle ; malheureusement leur efficacité est tout aussi douteuse dans un cas que dans l'autre. Il faut faire une exception pour l'épilepsie partielle syphilitique qui guérit presque toujours sous l'influence du traitement spécifique.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON DEPUIS LE 1er JANVIER 1882.

Métral. — De la médecine sous-périostée du poignet; des résultats définitifs.

Gaillard. — Contribution à l'étude du cancer des orteils.

Reverchon. — Etude pour la création d'un bureau d'hygiène municipal à Lyon.

Spreafico y Garcia. — Traitement des tumeurs des fosses nasales au moyen de l'abaissement du nez, par l'ostéotomie verticale et bilatérale de la charpente de cet organe.

Lamaraud. — Des téguments du crâne; recherches d'anatomie et de pathologie.

Perrin. — De l'ulcère simple du pied.

Dufourt. — Contribution à l'étude de la composition du tissu osseux dans les différents états généraux morbides.

Lénossier. — Quelques expériences sur la bile.

Aubert. — De l'enchondrome de la main, envisagé surtout au point de vue du traitement.

Guénebaud. — De l'influence du traumatisme sur les lésions cardiaques.

Robert. — Considérations sur les contusions de l'estomac.

Benoit. — Etude clinique sur l'albuminurie des angines.

Dumier. — Des dents, leur importance et leur signification dans les questions médico-légales,

Merz. — Contribution à l'étude du typhus exanthématique.

Brebion. — De l'aspect velvétique de l'espace inter-aryténoïdien et de sa valeur diagnostique dans la phymie laryngée.

Surjus. — De la vulvite diphthéroïde chez les petites filles; son traitement par l'iodoforme.

Ranty. — Essai sur les variations de l'urée dans la tuberculose pulmonaire.

Boymond. — Du traitement des cystites spasmodiques rebelles chez l'homme par la dilatation du sphincter vésical pratiquée à la faveur d'une boutonnière périnéale.

Rasorel. — Relation d'une épidémie de diphthérie à Bourg et dans les environs.

Poncet. — De l'emploi de l'oxalate de cerium en thérapeutique.

Weill. — De l'hyperthrophie cardiaque dans les néphrites consécutives aux affections des voies excrétoires de l'urine. (*A suivre*).

A. C.

NOUVELLES

Corps de la marine. — Par décret du Président de la République, en date du 27 août 1882, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, M. de Fornel (Mathieu-Eusèbe), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal dans le corps de santé de la marine, 1er tour (ancienneté).

Les Galibis a Paris. — M. le Dr Ch. Avezou vient de publier dans le *Télégraphe* (10 août) un article très intéressant sur les *Galibis* du *Jardin d'Acclimatation* ; nous extrayons le curieux passage qui suit : « Il règne encore, parmi les tribus survivantes de Caraïbes de la Guyane, une coutume bizarre, dont plusieurs voyageurs ont été témoins. Lorsqu'un enfant vient au monde, ce n'est pas la mère, mais le père qui fait le malade. Aussitôt après la délivrance, la mère couche son enfant dans un petit hamac et vaque sans retard à ses travaux domestiques.

« Le père, au contraire, commence à geindre et à soupirer ; on l'étend dans son hamac et ses amis le soignent comme s'il était en danger de mort. Pendant cinq jours, il est tenu à la diète; pendant cinq jours on ne lui donne à boire que de l'onicon ou guachiri, liqueur provenant de la fermentation de la patate douce et de la cassave. Après quarante jours, les parents et amis banquettent au carbet, après avoir lacéré la peau du convalescent avec des dents d'agouti, et lavé ses plaies avec une décoction de piment extrêmement forte. Mais, avant de guérir définitivement, le père doit continuer l'abstinence pendant quinze jours encore. A partir de ce moment, il se lève, seulement il lui est interdit pendant six mois de manger du poisson, de peur que cette nourriture ne fasse mal à l'enfant. On ne saurait imaginer rien de plus étrange en fait de mœurs indiennes ! »

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Luigi Concato, professeur de clinique à l'Université de Turin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, *éditeurs. Paris.*

Leçons d'hygiène infantile, par J.-B. Fonssagrives, ancien professeur d'hygiène et de clinique des enfants, etc. 1 vol. in-8. 10 fr.

Nouveaux éléments de pathologie générale, par E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, etc. ; 4e édition, in-8°, avec 275 fig. — Paris, J.-B. Baillère. Prix, 16 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 26 SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

29e Année. — Tome II. — N° 26. Samedi 2 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINEAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*suite*) (1),

Recueillies par M. Hamonic,
Interne du service.

Afin d'éviter les accidents gastro-intestinaux, plusieurs médecins ont préconisé le traitement par la voie cutanée et pulmonaire à l'aide des fumigations mercurielles.

M. Horteloup en est partisan et emploie le traitement de Langston Parker, de Birmingham, consistant à faire absorber par la peau les vapeurs provenant de 1 gr. 25 à 1 gr. 75 de calomel que l'on place dans une cupule fortement chauffée. Vingt séances suffisent. La stomatite est rarement observée (3 fois sur 133 cas d'après la statistique de Horteloup). Ce traitement est énergique et indiqué contre les manifestations ulcéreuses. On a utilisé aussi le cinabre à dose de 10 à 13 grammes en fumigation. Le malade est renfermé dans une sorte de boîte dans laquelle on fait arriver de la vapeur d'eau en même temps que les vapeurs mercurielles. Ce traitement agit, non parce que le mercure est absorbé par la peau, mais bien parce qu'il pénètre dans l'économie par la voie pulmonaire. Aussi la condition essentielle de succès est que le malade respire les vapeurs hydrargyriques.

J'arrive au troisième mode de traitement consistant dans l'absorption du mercure par la voie cutanée. Il comporte deux méthodes : *frictions* et *injections* sous-cutanées.

Les frictions se pratiquent avec l'onguent mercuriel double à dose de 5 à 15 grammes pour un adulte. On les répète quelquefois deux fois par jour; on les effectue au niveau des pieds, des bras, et de préférence sur les parois latérales du thorax. Il faut avoir soin de ne pas excorier la peau, de ne pas l'enflammer, ce qui est facile en changeant tous les jours le lieu de la friction. Quand j'ordonne des frictions mercurielles je les fais pratiquer sur les parois latérales du thorax un jour à droite, le lendemain à gauche, etc. J'évite ainsi la dermite, l'eczéma mercuriel.

En outre il faut avoir soin de laver au savon, le matin, la région frictionnée la veille, de façon à ne pas laisser séjourner la pommade qui deviendrait une cause d'irritation locale, en s'altérant au contact

(1) V. *France médicale*, nos 17, 18, 20 22, et 23.

de l'air. Chez l'enfant, les frictions mercurielles sont souvent employées, et la dose d'onguent mercuriel double est de 1 gramme par vingt-quatre heures. Il est bon de donner des bains généraux simples ou d'amidon de temps à autre.

Cette méthode agit énergiquement, surtout contre les manifestations graves de la syphilis, contre les manifestations cérébrales, spinales ou vasculaires (lésions artérielles pouvant être le point de départ d'anévrysmes). Elle met à l'abri des accidents gastro-intestinaux de la méthode stomacale.

Mais ces divers modes de traitement sont bien moins énergiques et bien moins indemnes d'accidents que ne l'est la méthode des injections hypodermiques. De plus, tout est obscur au point de vue de la quantité de mercure absorbé et de son action, lorsqu'on emploie les voies diverses d'absorption que je viens d'énumérer. Au contraire, les injections sous-cutanées donnent au médecin une certitude absolue sur les doses de mercure introduit dans l'économie. L'action en est sûre et rapide. La tolérance est indéfinie et le traitement peut être continué pendant un temps plus long que par les autres méthodes de traitement. Enfin le médecin est assuré que le malade suit son traitement, point très important dans les services hospitaliers civils et militaires. Depuis une année que j'expérimente cette méthode, j'en retire les meilleurs résultats, dans la syphilis normale comme dans la syphilis anormale.

La supériorité des injections hypodermiques sur les autres modes de traitement n'est pas douteuse; chaque jour vous êtes à même d'apprécier les meilleurs résultats que vous donne la clinique, il me reste à chercher l'explication et la raison physiologiques de cette supériorité.

A cet effet, avec mon excellent interne en médecine, M. Hamonic, j'ai cherché à résoudre certains points que je dois vous faire connaître. Nous avons effectué une série de numérations globulaires et de pesées de malades qui nous ont donné d'intéressants résultats. M. Ormezzano, mon interne en pharmacie, a analysé les urines. Malheureusement les derniers résultats sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en déduire une conclusion,

Au mois d'avril 1882, c'est-à-dire un an après le début de mes expériences sur les injections hypodermiques, 400 malades avaient déjà été traités tant à l'hôpital que dans ma clientèle; 9000 injections ont été faites avec la peptone mercurique ammonique préparée par M. Delpech. (Actuellement, juillet 1882, 600 malades ont été traités, onze mille injections ont été pratiquées.)

J'ai communiqué mes premiers résultats à la Société des hôpitaux, dans les séances des 23 juin et 14 octobre 1881; j'ai démontré que les injections faites profondément dans une région riche en tissu

cellulaire, à l'aide d'une aiguille acérée, courte et très fine, et de la solution de peptone mercurique parfaitement neutre de M. Delpech, n'amènent aucun des accidents (douleur, abcès, etc.) qu'il est si fréquent d'observer avec la solution de bichlorure de mercure de M. Lewin, de Berlin.

Je n'ai jamais observé d'eschare ni de phlegmon, même chez les diabétiques. En ce moment même, je traite un malade diabétique atteint d'hémiplégie gauche et de troubles moteurs et sensitifs à droite, qui indiquent une double lésion cérébrale. Les urines ont contenu jusqu'à 60 grammes de sucre par litre, et le malade urinait alors 5 litres environ dans les vingt-quatre heures. Je l'ai mis aux injections sous-cutanées à 10 milligrammes de sublimé. J'en suis à la vingt-sixième et je n'ai pas eu le moindre accident, ce qui prouve l'innocuité des injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique, même dans le diabète, où toute irritation locale de la peau est tant à redouter.

Ce malade a été soumis à un nouveau traitement antidiabétique que je ferai connaître ultérieurement. Ce traitement m'a donné déjà plusieurs guérisons. Chez le malade en question j'ai obtenu en vingt-cinq jours une diminution de 10 grammes de sucre par litre, sans rien changer à son alimentation, ni à sa manière de vivre.

Les injections ne produisent jamais ni salivation, ni stomatite mercurielles, à moins d'une cause d'irritation constante de la muqueuse buccale (tabac, alcool, mauvaise dentition).

On n'observe pas de troubles gastro-intestinaux, ce qui permet d'instituer, en même temps que le traitement antisyphilitique, le traitement d'une diathèse qui fausse l'évolution de la vérole et lui donne une gravité spéciale.

Enfin, les injections ont sur la syphilis normale ou anormale une action beaucoup plus prompte, beaucoup plus efficace que celle obtenue par les autres modes d'administration du mercure. Vous en avez des exemples frappants par les syphilis graves que vous avez vu rapidement guérir dans mon service. Parmi les nombreuses observations que je pourrais vous signaler, je ne choisirai que celle-ci parce qu'elle est typique.

M. X... est syphilitique depuis vingt-cinq ans. Au mois de juillet 1881, il avait de 2 à 10 accès épileptiformes toutes les nuits, ces accès ont persisté jusqu'en décembre. Son intelligence était obtuse, sa mémoire se perdait, il était cachectisé. On l'avait soumis à des frictions à 10 grammes d'onguent mercuriel double. On avait employé de l'iodure de potassium à doses élevées. Rien n'y faisait, les accidents persistaient avec la même intensité. Appelé en consultation par mon excellent confrère M. Libermann, je prescris des injections de peptone mercurique à 10 milligrammes de bichlorure de mercure. Dès la

douzième, les accidents épileptiformes disparaissent. Au bout de deux mois, l'état est excellent. Je le remets alors à l'iodure de potassium, mais le malade en a été tellement saturé qu'il offre rapidement une éruption de purpura. Je m'empresse de le remettre aux injections et aujourd'hui il a complètement repris ses occupations artistiques qui exigent une forte dépense intellectuelle. Ce malade a présenté le fait suivant, qui m'a vivement frappé, ainsi que les médecins qui le soignent depuis plusieurs années, et que je livre à votre méditation. Il était fortement emphysémateux, et chaque année il faisait une saison à Cauterets. Depuis son traitement par les injections hypodermiques, nous avons constaté la disparition de l'essoufflement et de l'oppression habituelle. Aujourd'hui, nous le considérons comme guéri de son emphysème pulmonaire.

Que conclure de ce fait si intéressant? Quant à moi je n'ose en tirer une conclusion quelconque. Je préfère attendre. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 13 *juillet* 1882. — *Présidence de* M. DAMASCHINO.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Boissard lit une observation d'*albuminurie avec anasarque survenue à la suite d'une contusion des reins*. (Sera publiée.)

M. Boissard fait une deuxième communication intitulée : *Un cas d'urines chyleuses*. (Sera publiée.)

M. Damaschino. J'ai étudié spécialement la question de la chylurie et je n'ai pas connaissance de faits analogues à celui présenté par M. Boissard. Il est certain, comme il l'a fait observer, qu'il n'y a rien de commun à cette chylurie intermittente du matin et à l'hémato-chylurie des pays chauds, et je suis tout disposé à attribuer avec lui cette variété rare de chylurie à la rupture de varices lymphatiques. Mes conclusions sont donc identiques à celles de M. Boissard.

M. Damaschino fait ensuite une courte communication sur un cas d'*hémato-chylurie des pays chauds* qu'il a eu l'occasion d'examiner récemment. Il a pu dans ce cas constater l'existence dans le sang de la filaire dont il montre des photographies très heureusement réussies. Pour constater l'existence de ces filaires, le meilleur procédé, dit-il, est de recueillir, à l'heure voulue, 2 à 3 gouttes de sang dans un verre de montre contenant un liquide coloré par le violet de méthylaniline; les filaires tombent au fond du liquide et l'on peut très facilement les voir en examinant le dépôt de ce liquide.

L'hémato-chylurie des pays chauds diffère essentiellement de la

chylurie simple, par son caractère de continuité, par le fait du mélange du globule sanguin avec la graisse, enfin par l'existence dans le sang de la filaire.

M. Marey fait une communication sur trois cas de *paralysie diphthéritique à marche rapide.* (V. *France méd.*, nº 25, p. 290.)

M. Damaschino. Ces faits sont aussi intéressants que rares. On observe bien, à la suite de la trachéotomie, des phénomènes du reste très fugaces de paralysie du voile du palais ; on connaît la mort par syncope dans les diphthéries toxiques, mais les cas de mort par paralysie dans le cours de la diphthérie, de même que les convulsions, sont jusqu'à présent exceptionnels. Peut-être pourrait-on invoquer, pour l'explication de ces accidents, l'intoxication urémique. Aussi sera-t-il utile d'examiner avec soin aussi bien les reins que le système nerveux central.

M. Damaschino profite de cette occasion pour contester la constance des ulcérations du système nerveux signalées par M. Déjerine dans la paralysie diphthéritique. Ces lésions n'existent pas toujours et M. Damaschino a récemment pu observer dans un cas de ce genre la parfaite intégrité des cellules des cornes antérieures de la moelle.

M. Derignac fait une communication sur deux cas d'*endocardite dans le cours de la blennorrhagie.* (Sera publiée.)

M. Damaschino. Il est très heureux que, dans ces cas, l'observation clinique aidée par la thermométrie ait pu suivre aussi exactement l'évolution de lésions endocardiques jusqu'ici peu connues dans le rhumatisme blennorrhagique ; c'était en 1866, dans le service de Tardieu, chez un jeune homme de 17 ans, atteint d'arthrite blennorrhagique avec état fébrile peu intense. L'endocardite mitrale qui se développa sous nos yeux laissa à sa suite un souffle persistant.

M. Augé (de Pitiviers) est nommé membre correspondant de la Société, à la suite d'un rapport verbal fait par M. Dreyfous.

La séance est levée à 9 heures demie.

Les secrétaires des séances,
H. BARTH, P. MERKLEN.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

—

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Ce congrès s'est ouvert à la Rochelle le jeudi 24 août sous la présidence de M. Janssens, membre de l'Institut. Dès le lendemain, les membres du congrès se sont réunis en sections et les communications ont commencé.

Le bureau de la section des sciences médicales était ainsi composé : président : M. Azam (de Bordeaux) ; vice-présidents : MM. Drouine

père (de la Rochelle), Henri Henrot (de Reims), Duplouy (de Rochefort) et Leudet (de Rouen). Les secrétaires étaient : MM. de Musgrave-Clay (de Pau), L.-H. Petit, Le Clerc et Giraudeau (de Paris).

Séance du 25 août (matin).

M. Tricout, de Reims, présente trois appareils : 1° un pessaire en ivoire maintenu en place à l'aide de sous-cuisses s'adaptant à toutes sortes de ceintures ; 2° un irrigateur qu'il appelle silencieux et un suspensoir dont la principale qualité est de ne pas enfermer la verge.

M. de Musgrave-Clay communique une observation d'ostéo-arthrite du coude guérie par l'ergot de seigle à l'intérieur et l'immobilisation momentannée. L'arthrite était en pleine suppuration, chez un enfant de six ans, lorsqu'on donna au malade 40 centigrammes de seigle ergoté ; il y eut une diminution rapide de la douleur, de l'inflammation et de l'écoulement purulent ; on augmenta la dose jusqu'à 75 centigrammes et on la continua jusqu'à ce qu'un jour le malade sentit de l'engourdissement dans les pieds ; l'écoulement était alors tari ; on diminua peu à peu les doses ; la guérison fut parfaite. Aujourd'hui il ne reste qu'un peu de gêne dans les mouvements.

M. Mauny communique treize cas de guérison des vomissements incoercibles de la grossesse par la cautérisation du col ; il y eut un seul cas d'insuccès. Dans tous les autres les malades n'ont paru éprouver aucun inconvénient de ce traitement.

M. Paul Landowski s'étonne qu'un traitement aussi actif n'ait pas provoqué l'avortement.

M. L.-H. Petit partage les mêmes craintes et recommande d'employer dans ces cas lès inhalations d'oxygène.

M. Henrot pense que ces vomissements incoercibles sont dus le plus souvent à une flexion du corps sur le col de l'utérus et qu'il faut d'abord replacer l'organe dans une bonne position.

M. Boucheron rappelle ses recherches sur la surdi-mutité par otopiésis dont il a déjà été question au congrès de Londres. Pour lui la trompe d'Eustache, venant à s'oblitérer par une cause quelconque, l'air renfermé dans la caisse se résorbe, le vide s'y fait et la pression atmosphérique, s'exerçant par le conduit auditif externe, exerce de dehors en dedans une sorte de tassement des membranes qui s'oppose à la transmission des vibrations sonores. Bientôt la compression des filets terminaux du nerf acoustique en amène la paralysie et la maladie devient incurable. M. Boucheron rappelle qu'ayant pris un chien sourd-muet de naissance, il le sacrifia au cinquième mois, ouvrit l'oreille sous l'eau et ne constata la sortie d'aucune bulle de gaz. L'examen microscopique de l'oreille interne, fait par M. Ranvier, montra les lésions nerveuses signalées par M. Boucheron ; malheureusement dans cette pièce il n'y avait pas une oblitération complète de

la trompe d'Eustache, car une injection de liquide poussée assez fort put traverser la trompe.

M. Gayet fait cette objection à la théorie ci-dessus que, s'il n'y a pas d'air dans la caisse, il y a autre chose, du mucus, du liquide ou de la vapeur d'eau, puisqu'il y a des vaisseaux et des glandes. M. Boucheron avait comparé la surdité par otopiésis au glaucome ; mais dans le glaucome il y a hypersécrétion de liquide, distension ou du moins compression des membranes ; il n'y a pas de distension possible dans l'oreille contenue dans une boîte osseuse et creusée dans le rocher; la compression et l'atrophie du nerf auditif en sont d'autant plus sûres.

M. Paul *Landowski* fait une communication sur la morphiomanie et le morphinisme. La morphiomanie, qui devient de plus en plus répandue, paraît avoir débuté en Amérique ; elle s'est rapidement acclimatée en Allemagne pour gagner de là les pays voisins. En France cette manie devient de plus en plus répandue, et le plus souvent par la faute du médecin qui, ne pouvant faire lui-même les injections, confie à une personne intelligente de la famille le soin de les faire. C'est là l'origine du mal. Les médecins eux-mêmes, qui ont constamment sous la main la seringue et la morphine, fournissent un large contingent de malades. Sur 160 malades connus de M. Landowski ou de ses amis, il y a 56 médecins et 26 personnes touchant à la médecine, comme des sages-femmes, des gardes-malades, etc. La morphiomanie devient une maladie grave et presque tous les morphiomanes meurent avec de l'albumine ou du sucre dans les urines.

Il y a deux modes de traitement; celui de Levinstein, qui consiste à supprimer brusquement l'usage de la morphine ne vaut rien parce que les malades tombent dans un état de collapsus grave qui parfois les emporte ; il vaut mieux diminuer peu à peu la dose habituelle, en donnant de l'extrait thébaïque s'il survient de la diarrhée. Il est nécessaire de traiter la morphiomanie d'une manière prophylactique, en ne permettant pas aux malades de s'administrer eux-mêmes la morphine.

M. Verneuil montre l'importance de la morphiomanie au point de vue chirurgical. Le chloroforme met parfois ces malades dans un état alarmant de collapsus dont il peut être difficile de les tirer. Quand ils ont des lésions viscérales, les piqûres provoquent chez eux des phlegmons et des érysipèles de mauvaise nature et dans un cas de résection du nerf radial pour névralgie il est survenu un phlegmon bronzé qui a emporté le malade en quelques jours.

M. Rochard signale chez ces sujets la fréquence des abcès locaux par manque de propreté de la seringue, la possibilité d'une mort subite sans cause appréciable, la dose élevée de morphine (3 grammes) qu'ils peuvent s'injecter impunément en vingt-quatre heures, l'ab-

sence de troubles digestifs et la conservation de l'appétit, malgré cette effroyable consommation de morphine.

M. Edouard Landowski a observé chez les morphiomanes l'existence d'une bourse séreuse placée à la face interne de l'index et à la face externe du médius, au niveau de la dernière phalange et causée par l'usage fréquent de la seringue.

M. Dransart rappelle sa théorie du nystagmus des mineurs qui pour lui serait dû à la fatigue des muscles élévateurs de l'œil, les mineurs étant obligés de regarder souvent en l'air. L'anémie des mineurs ne reconnaîtrait pas de causes spéciales et ne serait pas plus fréquente que dans les autres classes industrielles.

M. Leudet (de Rouen) fait une communication sur la gastro-entérite des alcooliques. En voici les conclusions :

1° Etudiée dans les diverses classes de la société, la gastro-entérite alcoolique présente des caractères particuliers.

2° Les lésions et les symptômes morbides peuvent se rencontrer simultanément dans l'estomac et dans l'intestin, c'est la gastro-entérite ; d'autres fois les lésions frappent plus spécialement l'estomac ou l'intestin.

3° La qualité des alcools consommés paraît contribuer moins à la pathogénie des divers accidents que le mode d'ingestion des alcooliques ; la preuve principale se tire de la nature des accidents observés chez les marchands de liquides en gros et les patrons des débits de liquides fréquentés par la classe ouvrière.

4° La continuité de l'ingestion des alcooliques, sa quantité relativement modérée, tel est le mode d'absorption des hommes de la classe aisée.

5° L'ouvrier joint à cette habitude de consommation des alcooliques, celle d'exagérer momentanément et d'une manière considérable la quantité des boissons ingérées.

6° La forme de gastro-entérite, de gastrite ou d'entérite, plus spéciale aux hommes de la classe aisée, est la forme catarrhale, dont la durée peut être de beaucoup d'années.

7° La forme de gastro-entérite aiguë, subaiguë ou chronique est plus fréquente dans la classe ouvrière.

8° L'ulcère de l'estomac, fréquent chez les ouvriers, existe aussi chez les gens de la classe aisée ; chez eux, il affecte la forme chronique.

9° Les troubles nerveux somatiques et intellectuels sont habituels dans les deux catégories de malades.

10° Les hépatites, les altérations vasculaires sont relativement plus fréquentes et plus lentes chez les alcooliques de la classe aisée.

M. Bourrut, professeur à l'école de médecine navale de Rochefort,

expose l'état sanitaire de cette ville. Cet état, très mauvais il y a deux siècles, s'est beaucoup amélioré depuis. Ce pays palustre a profité largement de l'hygiène moderne et actuellement sa mortalité est la même que celle de la moyenne de la France.

Séance du 25 août (soir).

M. Verneuil communique au nom de *M. Ramonat*, son interne, une observation rare de luxation de l'épaule avec fracture de deux côtes par l'extrémité luxée de l'humérus.

M. Roussel (de Genève) reproduit la description de son appareil pour la transfusion du sang et le résumé de son expérience sur ce sujet. Pour lui, le frisson qui se produit après la transfusion est l'indice d'une réaction favorable de l'organisme ; il injecte des doses de sang allant jusqu'à 300 grammes ; l'urine est le critérium de la qualité de la transfusion, celle-ci étant mauvaise quand l'urine contient ensemble de l'albumine et des globules déformés du sang.

M. Giraudeau dit que le procédé de saigner le sujet qui fournit le sang est défectueux parce qu'on ne sait pas jusqu'où l'on va.

M. Henrot dit que les indications de la transfusion ne sont pas assez nettes ; dans l'anémie aiguë produite par une seule hémorrhagie la transfusion n'est pas nécessaire ; on peut l'employer à la suite d'hémorrhagies répétées.

M. Verneuil pense que la transfusion est une opération difficile, dangereuse et inutile. Le sang n'agit que comme stimulant et il vaut mieux employer l'éther en injections sous-cutanées ; ce moyen est très efficace et n'a pas les inconvénients de la transfusion. Il admet les succès annoncés de la transfusion, mais ne croit pas que l'agent d'excitation doive nécessairement être le sang.

M. Henrot croit qu'il vaut mieux avoir recours à l'excitant naturel, le sang, cependant il ajoute : « J'ai pratiqué souvent la transfusion autrefois, mais alors je ne connaissais pas les ressources offertes par l'éther et par l'ergotine. Depuis sept ans que j'ai recours à ces agents, je n'ai plus eu l'occasion de faire la transfusion. »

M. Verger communique une observation de scorbut chez un enfant de 7 mois, affection rare à cet âge.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Extrait des memoires de Bouteiller d'Ardenay (année 1670). Pour la transfusion du sang.

Un particulier nommé Denys, médecin dans l'Université de Rheims et, pour lors, enseignant les mathématiques à Paris, approuvant la

transfusion du sang, l'entreprist nn jour sur un homme qui était tombé dans la démence, jusques à courir les rues tout nud et lequel, dans ses plus grands emportements se portait à bruller tout ce qu'il rencontrait : en sorte que Denys, s'estant servi de son remède sur la personne de ce misérable, le mist bientost en estat de le reconnoistre et receut sa guerison : mais ayant demeuré deux moys dans son bon sens, il retomba dans la mesme démence, et Denys pour une seconde foys lui donna le sang d'un veau, duquel animal il se servait pour faire la transfusion : le patient la souffrit encore et en fut un peu soulagé parce que les faiblesses dans lesquelles il tomba empeschèrent qu'on ne la dounast toute entière. Enfin ayant passé quelques jours dans un sens assez bon il le perdit entièrement et sa femme au désespoir de le revoir en cet estat eut encore recours à Denys, lequel elle pria instamment d'hazarder encore une foys son remède. Denys voyant la grande foiblesse de ce pauvre misérable fist difficulté d'en faire son troizième essày, neantmoins à la sollicitation de cette femme il l'entreprist, mais le malade souffrit des tourments insupportables à mesure que le sang de l'animal luy coulait dans les veines, en sorte que Denys se vit obligé de s'arrester dans le pitoyable estat où estoit le patient, lequel jettait des crys effroyables, et l'ayant remis dans le lit, il mourut six heures après. Ensuitte la veufve poursuit Denys au Chastelet, obtint un décret d'adiounement personel contre luy, et demande des dommages et intérest. Denys de son costé se deffend et obtint réciproquement un décret d'adiournement personnel contre elle, prétendant qu'elle l'avait empoisonné. L'affaire fut jugée à l'advantage de la veufve. Denys en appela à la Tournelle criminelle où la chose ayant été civilisée, elle fut portée au Parlement, où la cause fut playdée par M. de Bouillé père de M. le premier Président parlant pour Denys, par monsieur Pageot parlant pour un nommé Emeray M[e] chirurgien à Paris, lequel fut compris dans le procès ayant assisté Denys aux trois différentes transfusions qu'il avait faictes : de l'autre costé M. Robert le jeune parla pour la veufve. Denys playda sa cause en latin, en sorte que cette question ayant été fort bien traictée de part et d'autre, sur les conclusions de M. l'advocat général Bignon on mit l'appellation et ce dont avait été appelé au néant. Les partyes furent renvoyées de l'extraordinaire, et fut faict deffense à tous médecins d'exercer la transfusion à peine de punition corporelle. Les dépens compensés. Donné au Parlement et prononcé par M. de La Moignon premier président, le jeudy 2[e] janvier 1670. (*Union médicale.*)

THÈSES POUR LE DOCTORAT
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON DEPUIS LE 1er JANVIER 1882 (*Suite et fin*) (1).

GIRAUD. — Contribution à l'étude des abcès des parois thoraciques; pathologie et traitement.

ROBIN. — Traitement du genu valgum à tous les âges, par un nouveau procédé d'ostéoclasie mécanique.

ROUGIER. — Essai sur la lypémanie et le délire de la persécution chez les tabétiques.

BLANCHARD. — Quelques considérations sur la séreuse péritonéale.

ROYER. — Etude sur les léproïdes du type lazarin.

GANGOLPHE. — De l'ostéotomie dans le traitement des cals vicieux.

SOLLER. — Contribution à l'étude de la pneumatométrie, spécialement au point de vue de la résistance des parois thoraciques.

FAVERET. — Contribution à l'étude de l'albuminurie.

BAILLY. — Du traitement et de la curabilité du pied bot invétéré.

DEFOND. — Etude sur la proportion centésimale de l'acide carbonique de l'air expiré dans différentes espèces de dyspnées.

CONVERS. — Contribution à l'étude des mouvements de l'estomac.

MARVILLET. — Contribution à l'étude des hémorrhagies traumatiques qui surviennent chez les paludéens.

ARNAL. — Contribution à l'étude des hallucinations de la sensibilité.

MARTIN. — Etude expérimentale et clinique sur l'emploi chirurgical de l'iodoforme.

FRANCON. — Contribution à l'étude des fractures de la rotule et de leur traitement.

DUMOLLARD. — De quelques considérations sur les fractures de l'extrémité supérieure du péroné par arrachement et par choc direct.

BONNEFOY. — Traitement de quelques affections chirurgicales par la sudation locale.

SIROT. — De quelques accidents déterminés par les ascarides lombricoïdes.

DEPORTE. — Traitement de la nécrose superficielle.

NOUVELLES

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 décembre 1882, à midi précis.

Pourront prendre part à ces concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 2 au 18 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après :

(1) Voir *France médicale*, n° 25, p. 299.

1° Un acte de naissance;
2° Un extrait du casier judiciaire;
3° Un certificat de vaccine;
4° Un certificat de bonne vie et mœurs;
5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie.

La durée des fonctions d'interne est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 fr. pour les internes de l'asile Sainte-Anne, et de 1,100 francs pour ceux de Ville-Evrard et de Vaucluse.

— Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en pharmacie, dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise), sera ouvert le lundi 11 décembre 1882, à une heure précise.

Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en pharmacie âgés de vingt ans au moins et de vingt-sept ans au plus.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 9 au 25 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après :
1° Un acte de naissance;
2° Un extrait du casier judiciaire;
3° Un certificat de vaccine;
4° Un certificat de bonne vie et mœurs;
5° Des certificats constatant trois années d'exercice dans les pharmacies, dont une dans la même maison.

Le concours porte sur la chimie, la pharmacie et l'histoire naturelle.

La durée des fonctions d'interne est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 francs pour l'asile Sainte-Anne, et de 1,100 francs pour les asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *éditeurs. Paris.*

La lithotritie doit être faite sans traumatisme, par le Dr RELIQUET. In-8. 50 cent.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

1118.6

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 27 MARDI 5 SEPTEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 27. Mardi 5 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE DE M. PROUST.

Coliques de plomb. — Encéphalopathie saturnine. — Mort.

Par le Dr J. Comby,

Ancien Interne des hôpitaux.

L.... Gustave, 37 ans, à bout de ressources, va demander du travail à l'usine de Clichy, le 10 juillet 1880. Employé au *chameau* (meules jumelles écrasant la céruse), puis au tamisage de la céruse, il est pris, au bout de cinq semaines, de coliques de plomb. Il entre à l'hôpital Beaujon, et en sort au bout de quarante jours pour revenir à Clichy. Cette fois il est chargé de l'embarillage du minium, fonction beaucoup plus dangereuse ; il est repris de coliques au bout de 8 jours et vient demander un lit à Lariboisière le 19 octobre 1880.

Etat actuel. — Il offre les principaux traits de la colique de plomb : constipation, douleurs spontanées et à la pression au niveau des attaches des muscles grands droits de l'abdomen et du trajet inguinal ; le bord des gencives présente un liséré bleu très marqué.

Au bout de quelques jours de traitement (émétique en lavage, régime lacté, bains sulfureux), les douleurs cèdent et le malade demande à manger. Plus tard il se déclare une bronchite généralisée (toux, râles sonores et bullaires). En même temps le malade maigrit et s'affaiblit notablement, l'état général fait craindre le début d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide. Bientôt les signes de bronchite disparaissent et toute crainte du côté du poumon se dissipe.

Le 10 novembre. Le malade accuse depuis quelques jours une insomnie opiniâtre et une certaine agitation.

Prescriptions : Extrait thébaïque 5 centigrammes.

Le 18. Explosion soudaine de délire avec agitation extrême rappelant le delirium tremens ; le malade veut absolument quitter son lit et lutte avec les infirmiers. Le lendemain, nous le trouvons dans un état de prostration très accusé ; il a les yeux hagards, et répond mal aux questions qu'on lui pose. La langue est tremblante et le corps tout entier est animé, par instants, d'une véritable vibration.

Le 20. Le malade a été atteint de convulsions après la visite, la stupeur est plus grande ; les matières ne sont plus retenues. Et pourtant, quand on fait lever le malade, on voit qu'il peut se tenir debout. Les pupilles sont égales et mobiles à la lumière. La sensibilité cuta-

née semble exagérée ; la moindre pression arrache des cris au malade.

Le 22. Indifférence complète à tout ce qui se passe autour de lui; décubitus en chien de fusil.

Le 23. Stupeur, roideur de la nuque, hyperesthésie généralisée, cris au moindre pincement de la peau, à la moindre pression sur les yeux.

Pouls fréquent et régulier. Température 38° le matin, 38°,4 le soir.

Le 24. Nous assistons le matin à une attaque convulsive; sans aura, sans cri, le malade est pris de convulsions toniques, puis cloniques, dont la durée totale n'excède pas une minute. Ces convulsions épileptiformes prédominent à gauche, la langue n'est pas mordue, il n'y a pas d'écume, le visage reste pâle. La stupeur augmente après l'accès et devient comateuse, sans stertor.

Rétention d'urine ; cathétérisme, traces d'albumine. Dans la journée le malade a deux autres accès épileptiformes.

Le 25. Nouvel accès; le cathétérisme de l'urèthre provoque un autre accès. De temps en temps, le malade ouvre la bouche avec effort comme pour bâiller et projette la langue en dehors, en même temps son visage se contracte et exprime la souffrance.

Il meurt le 26 novembre à 9 heures du matin.

En résumé, cet homme a été pris, à la suite d'une colique de plomb de moyenne intensité, de délire, puis de convulsions et de coma, et il a succombé en huit jours à ces accidents encéphalopathiques.

Autopsie. — Le cerveau ne présente à l'œil nu aucune apparence anormale ; sa consistance n'est ni augmentée, ni diminuée ; sa couleur ne diffère pas de celle qu'on observe d'habitude.

La moelle paraît également saine. Les poumons sont fortement congestionnés, mais non tuberculeux. Foie sain. Reins de volume normal, un peu rouges à la coupe. Intestins rétractés.

Le cerveau, la moelle, un os long et un os plat sont confiés à M. le Dr Gabriel Pouchet, chimiste, qui a bien voulu se charger de la recherche du plomb dans ces organes : la moelle, qui ne pesait que 35 grammes, a donné plus de plomb que le cervelet et le bulbe pesant ensemble 140 grammes. De part et d'autre, quantité de plomb trop minime pour être pesée. Quant au cerveau, les substances blanche et grise examinées séparément et ensemble n'ont pas fourni trace de plomb.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINEAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*suite*) (1),

Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

La clinique démontre donc, messieurs, que les injections sous-cutanées constituent une méthode d'administration du mercure prompte, sûre, efficace et exempte de dangers.

Les recherches hématologiques faites avec mon interne, M. Hamonic, donnent à cette méthode la consécration physiologique. Nous avons procédé de la manière suivante : une première série de malades a été mise en observation, sans traitement, pendant huit à dix jours, afin de nous mettre à l'abri de l'influence du changement de régime et d'hygiène sur le nombre des globules du sang, le poids de la malade et la composition chimique des urines. Après huit ou dix jours, il est certain qu'un équilibre globulaire est établi, et que, si le nombre des globules doit être modifié par suite du changement de genre de vie, il l'est complètement.

Nous avons institué alors trois séries de malades, traitées différemment. Nous les avons soumises aux injections de peptone mercurique à la solution interne de peptone mercurique, et, enfin, aux frictions mercurielles.

Avant de commencer le traitement, M. Hamonic comptait les globules et pesait les malades; M. Ormezzano faisait l'analyse des urines. La numération globulaire a été pratiquée d'après la technique de M. Malassez. Le poids a été pris à 50 grammes près.

Les pesées et les numérations globulaires ont eté faites toujours aux mêmes heures, et autant que possible dans les mêmes conditions de digestion.

Dans la 1re série (malades traitées par les injections de peptone mercurique ammonique), on a pratiqué un deuxième examen au bout de huit jours de traitement, ce laps de temps suffisant amplement pour permettre aux modifications du poids de la malade et du nombre des globules de s'effectuer.

Comme ces modifications sont beaucoup plus lentes à se produire chez les malades de la 2e série, traitées par la solution interne de peptone mercurique, M. Hamonic a laissé s'écouler un nombre de jours plus considérable avant de pratiquer le deuxième examen. Il a consigné ses divers résultats dans un tableau d'ensemble que je publierai plus tard. Les urines n'ont malheureusement pas pu être soigneusement analysées. Il est en effet impossible d'obtenir à l'hô-

(1) V. *France médicale*, nos 17, 18, 20, 22, 23 et 26.

pital la quantité totale d'urine que les malades excrètent dans les vingt-quatre heures, et on sait combien cette quantité est variable d'un jour à l'autre. Néanmoins les quelques résultats que nous avons pu obtenir sont en parfaite concordance avec ceux de Liégeois.

1re *série*. En résumé, de nos recherches, il résulte que : sur 50 malades soumises aux injections de peptone mercurique ammonique, 39 ont offert en huit jours de temps une augmentation notable de globules rouges et de poids. Huit fois l'augmentation globulaire a dépassé un million. Dans ces cas, les malades présentaient au début une aglobulie des plus notables, et huit jours ont suffi pour atteindre le chiffre physiologique. Quatorze fois l'augmentation de poids a dépassé 1 kilogramme. Une fois elle a dépassé 5 kilogrammes et trois fois 2 kilogrammes. Ces deux termes (poids et globules) n'ont pas été toujours parallèles. Il est arrivé plusieurs fois que le poids a diminué pendant que les globules augmentaient de nombre. Cela tenait évidemment au changement de régime et surtout à l'influence du traitement spécifique, qui combat directement l'aglobulie syphilitique. Une femme qui a des habitudes alcooliques et qui fait souvent des excès peut offrir un certain embonpoint tout en étant fortement anémiée, quand elle est entachée de syphilis. L'hygiène sévère de l'hôpital et la privation d'alcool doivent évidemment diminuer son poids pendant que ses globules augmentent notablement par le fait du traitement hydrargyrique. Je ne veux pas insister sur tous ces détails ; je dirai d'une façon générale que l'augmentation du poids et des globules est constante par le fait du traitement mercuriel.

Si un accident syphilitique grave ou si une maladie aiguë survient dans le cours du traitement, et surtout s'il survient de la fièvre, malgré le traitement mercuriel, le nombre des globules diminue, jusqu'à ce que l'affection intercurrente, cause de cette aglobulie passagère, soit guérie. Dès ce moment, et rapidement, le chiffre globulaire augmente et atteint son maximum physiologique. Nous avons observé cinq fois ce cas particulier et ces cinq observations, qui doivent être considérées comme positives, doivent être ajoutées aux trente-neuf observations où les globules ont été notablement augmentés de nombre. Donc sur cinquante cas, nous avons quarante-quatre cas positifs où l'augmentation globulaire a été des plus manifestes, sous l'influence des injections de peptone mercurique ammonique.

2e *série*. Vingt-huit malades ont été traitées par la solution interne de peptone mercurique à la dose d'une cuillerée à café dans les vingt-quatre heures (c'est-à-dire 5 milligrammes de sublimé). Vingt et une fois les globules ont augmenté de nombre. Quinze fois le poids a augmenté. Mais ici l'accroissement globulaire est moins considérable, puisque seulement une fois il a dépassé un million. De plus il s'accomplit bien plus lentement, et demande au moins quinze jours pour

être assez notable (temps variant entre six et vingt-sept jours). Le poids augmente aussi, mais dans des proportions plus faibles et d'une façon plus lente que lors de l'emploi des injections de peptone mercurique.

3° *Série*. Chez les malades appartenant à cette série (traitées par les frictions mercurielles) les globules et le poids paraissent augmenter, mais nous n'avons pas des résultats assez nombreux pour en tirer une conclusion qui ait une certaine valeur. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les résultats paraissent ici moins nets et moins constants.

Voici les proportions numériques des résultats des trois séries de malades rapportés à 100.

Par les injections hypodermiques, les globules augmentent dans la proportion de 88 fois pour 100 cas et le poids de 76 fois pour 100 cas. L'augmentation globulaire dépasse souvent deux millions et plusieurs de ces cas remarquables se rapportent à des syphilis graves.

Dans la deuxième série (malades traitées par la solution interne), les globules augmentent dans la proportion de 71 fois pour 100 cas, et le poids dans celle de 64,29 fois pour 100 cas.

Enfin, dans la troisième série (malades traitées par les frictions mercurielles), les globules augmentent dans la proportion de 55 pour 100, et le poids de 66 pour 100. Dans ces dernières observations l'augmentation maximum des globules n'a pas dépassé 800,000.

Donc, en résumé, l'augmentation des globules peut facilement dépasser un million en moins de huit jours, quand on emploie les injections hypodermiques. La solution interne demande de huit à dix-neuf jours pour déterminer une augmentation de 200,000 seulement. Avec les frictions, il faut de huit à quatorze jours pour arriver à ce dernier résultat, mais d'une façon moins certaine.

Vous voyez combien est supérieure l'augmentation globulaire, par le fait des injections sous-cutanées, à celle qui résulte des deux autres méthodes thérapeutiques (solution interne et frictions).

L'urine est modifiée aussi dans sa constitution chimique. Sa densité est ordinairement accrue, parce que les chlorures et l'urée sont augmentés par le fait du traitement mercuriel. Mais, je le répète, je n'ai pas assez d'analyses pour conclure positivement.

En résumé donc : le mercure augmente le nombre des globules, fait connu depuis longtemps et qui, par mes nouvelles recherches, est plus positivement affirmé. Le poids du corps est de même augmenté. Par conséquent, le travail de nutrition est activé par le mercure. Les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique ont une supériorité remarquable sur les autres procédés thérapeutiques. Si les globules diminuent malgré un traitement mercuriel énergique, ordinairement le fait est expliqué par une affection

aiguë intercurrente, par une complication syphilitique grave ou par des accidents d'intoxication hydrargyrique. Mais une fois l'accident aigu terminé, l'augmentation globulaire s'accomplit rapidement. Les hématoblastes augmentent parallèlement aux globules. Lorsque le maximum globulaire physiologique est atteint, l'augmentation cesse.

Ces faits concordent avec ceux de Liégeois, qui a remarqué que l'embonpoint des malades augmente davantage quand on emploie la voie sous-cutanée que lorsqu'on choisit la voie stomacale dans l'administration du mercure. M. le Dr Cotte, dans sa thèse inaugurale (1873), insiste aussi sur l'avantage des injections hypodermiques. Liégeois avait constaté une augmentation de la densité et des matériaux solides de l'urine.

Nous sommes arrivé à un résultat analogue. Par conséquent, en même temps que le travail de nutrition est augmenté, celui de dénutrition l'est aussi, durant la période du traitement mercuriel. L'augmentation de l'urée et des chlorures dans l'urine démontre le deuxième de ces deux termes ; l'augmentation globulaire démontre le premier. Mais le travail de nutrition l'emporte sur celui de la dénutrition puisque les globules et le poids du corps augmentent.

Un autre fait important ressort de ces recherches. On sait que le mercure à haute dose (G. Sée) dépasse son but thérapeutique. Il dénourrit tout et exerce alors son action sur les tissus sains comme sur les tissus malades. Il devient altérant et toxique. Le travail d'assimilation est diminué. Le malade maigrit, devient fébricitant, et la cachexie mercurielle s'ajoute à la cachexie syphilitique. Avec les injections hypodermiques de peptone mercurique même portées à 10 milligrammes, on n'a pas à craindre ces accidents : la cachexie mercurielle ne survient jamais ; le mercure est absorbé et éliminé rapidement. La preuve en est fournie par la 172e observation de mon second mémoire. Il s'agit d'un jeune homme cachectisé et offrant des accidents syphilitiques graves. Il ne pouvait supporter aucune préparation mercurielle. Il a complètement guéri, dans un court espace de temps, dès que je l'ai eu mis aux injections hypodermiques.

Cette innocuité du mercure administré par voie hypodermique est due, je le répète, à la rapidité d'absorption et d'élimination de l'hydargyre, infiniment plus promptes que lorsqu'on a recours à la voie stomacale. Aussi la tolérance s'établit facilement, et se traduit par l'absence de stomatite. De cette complication j'ai observé à peine quelques cas, quoique j'aie pratiqué plus de 11,000 injections, et encore l'inflammation de la muqueuse buccale était-elle expliquée alors par le froid humide, l'alcoolisme, la mauvaise dentition ou la fumée de tabac. (*A suivre.*)

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de la diarrhée chronique des enfants. — La diarrhée chronique des enfants est une affection grave, car elle amène souvent un état de cachexie qui peut aller jusqu'à la mort. *M. Archambault* donne les règles du traitement dans une leçon reproduite par M. Greffier dans la *Thérapeutique contemporaine*.

Le traitement hygiénique est d'abord indispensable. En effet, la grande cause de ces diarrhées chroniques des enfants réside dans une alimentation vicieuse, ici comme dans la diarrhée aiguë. Les indications seront donc les mêmes : si l'enfant est à la mamelle, examiner le lait de la mère ; s'occuper de l'hygiène de celle-ci. Si l'enfant est nourri au biberon, le remettre au sein. S'il est sevré, le remettre au sein ou au biberon. Dans ces cas, l'alimentation lactée est la base du traitement, et les enfants âgés de 3, 4, 5 ans guérissent par ce régime. Les parents, interrogés sur l'hygiène des enfants, répondent fréquemment « que l'enfant mange comme eux. » C'est cette alimentation vicieuse qu'il faut supprimer : interdire les légumes, les fruits ; donner du lait, du bouillon, des œufs. Très souvent la diarrhée cède rien que par ce changement de régime.

Certains modes d'alimentation donnent d'excellents résultats. Il en est ainsi de la *viande crue*, mais elle doit être préparée avec beaucoup de soin. Il ne suffit pas de la hacher, il faut la racler au couteau, la mettre au mortier où on la pilera avec soin ; puis on la jettera sur un tamis et on continuera à piler de manière que la pulpe seule passe. On peut la donner telle quelle, mais il est préférable de la mêler à des confitures ou au potage ; dans ce cas, il faut prendre soin de ne pas la jeter dans un potage bouillant, car elle se prendrait en grumeaux. Le bouillon sera versé dans l'assiette, et quand il ne sera plus trop chaud, on y ajoutera peu à peu gros comme une noix ou comme un œuf de la viande préparée.

Les viandes cuites, préparées de la même façon, donnent le même résultat. Le blanc de poulet, le rosbeaf, le gigot, peuvent servir à cet usage, à condition d'apporter les mêmes soins à leur préparation.

Parlons maintenant *des médicaments* proprements dits. La situation est souvent la suivante : Lorsque vous êtes appelé, dit M. Archambault, l'enfant est malade depuis un mois, cinq semaines et présente des symptômes d'embarras gastrique. Débutez alors par un *ipéca*, et donnez le lendemain une *légère purgation*. C'est aux sels neutres qu'il faut donner la préférence. On prescrira (pour un enfant de 18 mois à 2 ans) 5 grammes de sulfate de soude dans un verre d'eau ; ou bien un verre à bordeaux d'une eau minérale comme Püllna. Hunyadi Janos, etc. On peut encore donner une limonade contenant 15 à 20 grammes de citrate de magnésie pour un enfant de 4 à 5 ans;

cette limonade sera fabriquée avec le moins d'eau possible. Si le résultat n'est pas satisfaisant, trois classes de médicaments s'offrent au praticien : ce sont les ABSORBANTS les ASTRINGENTS et les TONIQUES. Nous allons les passer en revue. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, par le Dr *G. Boyé*, interne de l'asile Sainte-Anne ; in-8o, 63 p., Paris, A. Davy 1882.

C'est dans le service de M. le professeur Ball à l'asile Saint-Anne que M. Boyé a recueilli les éléments de sa thèse, c'est donc du traitement employé par ce maître qu'il montre les heureux résultats. Cependant M. Boyé ne s'est pas borné à indiquer la thérapeutique de l'épilepsie. Dans la première partie de son travail, il rappelle les différentes théories émises au sujet de siège et de la nature de cette affection, et dans la seconde il fait l'historique des nombreux médicaments utilisés jusqu'à ce jour. C'est dans la troisième partie qu'il publie le traitement employé et les observations recueillies dans le service de son maître.

Ces observations, au nombre de quinze, sont assez concluantes, et viennent plaider en faveur de cette médication, qu'il recommande non pas comme une panacée qui doit toujours réussir et détrôner tous les autres remèdes, mais comme un mode de traitement qui peut marcher de pair avec les meilleurs, et même dans certains cas donner des avantages que n'offrent pas les autres.

La supériorité incontestable des bromures d'ammonium et de sodium est la grande facilité avec laquelle ils sont supportés. Chez aucun de ses malades, l'auteur n'a observé de phénomènes d'intolérance gastrique ; les fonctions digestives se sont toujours accomplies très régulièrement, sans diarrhée ni constipation, sans nausées ni vomissements, et pourtant quelquefois il est arrivé progressivement à des doses assez fortes.

Le sel double, c'est-à-dire le mélange à parties égales des bromures d'ammonium et de sodium, est aussi efficace contre le vertige simple, non comitial. Ce qui est important à noter, c'est l'action immédiate de ce médicament, qui diminue dès les premiers jours la fréquence et l'intensité des attaques ; mais cette action ne se continue qu'à la condition de suivre le traitement, avec la plus grande régularité et une entière persévérance, pendant des mois et des années. On a dit que le bromure de potassium devait être le pain quotidien des épileptiques. M. Ball en dit autant des bromures d'ammonium et de sodium. Quelques observations montrent les inconvénients de suspendre la médication ; aussi doit-on toujours prévenir les malades,

et bien leur recommander d'éviter toute interruption dans l'emploi des bromures, s'ils ne veulent pas s'exposer à des rechutes et perdre le bénéfice déjà acquis par quelques mois de traitement.

Un des grands avantages des bromures d'ammonium et de sodium, c'est l'heureuse influence qu'ils paraissent exercer sur les fonctions intellectuelles. Un reproche mérité que l'on peut adresser au bromure de potassium, c'est de laisser après lui de la cépalalgie, de la somnolence, de l'abattement, de la perte de mémoire, de l'affaiblissement intellectuel; le sel double, au contraire, ne produit aucun malaise, aucun trouble dans l'intelligence, et même dans certains cas il paraîtrait sortir les malades de leur torpeur et les rendre plus actifs, plus lucides et plus éveillés, comme le témoignent certaines observations. On voit là des malheureux qui étaient tombés dans une apathie complète, avec dépression profonde, leur rendant tout travail impossible, et qui, au bout de quelques mois de traitement, ont retrouvé leur gaieté, ont repris leur activité, ont recouvré leur mémoire, ont pu en quelque sorte rentrer dans la vie ordinaire et se livrer de nouveau à leurs occupations.

Un inconvénient commun au sel double et au bromure de potassium, c'est l'apparition des éruptions acnéiformes ou furonculeuses, qui toutefois ne sont pas aussi fréquentes ni aussi intenses avec les bromures d'ammonium et de sodium. Plusieurs malades ont eu à se plaindre de ces manifestations du côté de la peau; quelquefois il n'a pas été plus efficace; et enfin ce n'est que très rarement qu'il a été tout à fait inutile, puisqu'il n'y a eu qu'un seul cas d'insuccès à enregistrer, celui d'une jeune femme chez laquelle les attaques n'ont diminué ni en fréquence ni en intensité, malgré l'exactitude rigoureuse avec laquelle la médication a été suivie. Dans de pareils cas, M. Ball n'hésite pas à avoir recours au bromure de potassium, qui, peut-être, pourra donner les bons effets que l'on n'a pas trouvés avec le sel double.

Il est cependant une restriction qu'il importe de formuler. M. le professeur Ball a constaté, dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, que le sel double produit une sidération nerveuse des plus prononcées chez les tuberculeux; il attribue cet effet à l'action du bromure d'ammonium. Il y a là une contre-indication qu'il importe d'autant plus de signaler que le bromure de potassium est, en général, assez bien toléré par les phthisiques. Il ne faut donc jamais prescrire le sel double aux malades de cette espèce.

Devant les avantages exposés, et devant les résultats obtenus, M. Boyé croit pouvoir réagir contre le dédain qu'on avait montré pour les bromures d'ammonium et de sodium, et réclamer pour eux la place et le rang qu'ils méritent d'occuper dans la thérapeutique.

Ce qu'il tient essentiellement à faire ressortir, c'est l'utilité du

traitement mixte, qui paraît donner dans l'épilepsie des résultats supérieurs à ceux d'un médicament pris isolément.

En résumé : les bromures d'ammonium et de sodium se recommandent par leur grande facilité à être tolérés, même à fortes doses, par leur action immédiate et continue, par l'absence de tout phénomène de dépression, et enfin par les services qu'ils peuvent rendre dans les cas où le bromure de potassium est sans effet.

VARIÉTÉS

De l'honnêteté professionnelle.

Un excellent et très estimé confrère de Besançon, le Dr Perron, nous adresse une brochure (1) que tous les médecins devraient lire et méditer. D'abord ils y passeraient une heure fort agréable, puis ces trop courtes pages respirent un parfum d'honnêteté, de décence et de dignité qui ne peut manquer d'exercer une influence des plus salutaires sur tous ceux qui voudront bien les parcourir. Toute la déontologie médicale est contenue dans ce livre et la forme sous laquelle elle s'y présente ne peut manquer de la faire respecter.

M. Perron a eu entre les mains, dit-il, un cahier de notes ayant appartenu à un écolier de l'Université de Dôle, et il y a vu sous cette rubrique : « *De honestate*, præceptiones notandæ Guillelmi Paulet, Amagetobriensis, Dôle, 1660, » une série de formules curieuses condensant les règles qu'un médecin devait observer dans l'exercice de sa profession. Notre confrère, trouvant ce manuscrit fort intéressant, en a traduit et paraphrasé les sentences en les appropriant aux habitudes du siècle où nous vivons.

Nous soupçonnons fort M. Perron d'avoir trouvé ce manuscrit dans le cabinet du Dr Perron lui-même; en tous cas nous ne saurions trop féliciter l'auteur des préceptes qui y sont contenus. Voici l'énumération de ces préceptes, elle ne sera pas accusée de sécheresse, et d'ailleurs la lecture des développements fera disparaître toute idée de monotonie :

Ne nous vantons pas; la guérison s'opère sans nous. — Ne trompons point, soyons des conseillers sincères et vrais. — Ne prescrivons rien d'inutile. — Défions-nous des nouvelles méthodes. — N'exagérons pas nos pronostics. — Faites que celui qui doit mourir mette en ordres ses affaires. — Prenez conseil des autres dans les cas difficiles. — Tout savoir, mais ne pas tout dire. — Ne soyons jamais familiers avec les clients. — Ne vous faufilez pas. — N'obéissons pas aux caprices d'un malade, mais ne lui imposons pas les nôtres. —

(1) *De l'honnêteté professionnelle*, par le Dr PERRON. Besançon, J. Jacquin, 1882.

Entre confrères, défendons-nous.— Soyons à tous ceux qui réclament nos soins, sauf en cas de peste. — Ne nous prodiguons point. — Ne favorisons point l'inconstance des clients. — Faisons payer nos honoraires. — Ne percevons rien indûment. — Ce qu'on ne sait pas, il ne faut pas l'affirmer.— Soyons des hommes de bon ton et de bonnes manières. — Portez-vous bien. — Nous ne ferions pas mal d'imiter ce qui se fait en Utopie.

Voilà les titres des chapitres. L'un d'eux paraît étrange : « Soyons à tous ceux qui réclament nos soins, sauf en cas de peste ». Cette opinion avait cours au temps de Guillaume Paulet et dans les siècles antérieurs, et les médecins fuyaient comme les autres devant la terrible épidémie. En Franche-Comté, des règlements très sévères interdisaient aux médecins de soigner les pestiférés. D'ailleurs, sans approuver cette réserve, M. Perron reproduit d'après la *France médicale* (1882, T. Ier, p. 115) une note de M. Tholozan, montrant qu'une épidémie de peste fut transportée, le 25 avril 1881, de Boudagabad à Kélaté-Arab par un médecin qui en fut la première victime, et qu'à la fin de l'épidémie, le 25 juin, on comptait 240 décès sur 1,000 habitants.

Dans son dernier chapitre, M. Perron nous conseille d'imiter ce qui se fait au pays d'Utopie ; inutile d'ajouter que ce pays n'est point la France. Il serait cependant si facile de s'entendre et de satisfaire une bonne partie des desiderata formulés par notre sympathique confrère de Besançon !

On trouvera dans ce livre, avec d'excellents conseils, des scènes de mœurs des mieux observées, scènes entre médecins et entre médecins et malades. La peinture en est très délicate et ceux de nos confrères qui connaissent déjà l'ouvrage de Munaret éprouveront, en parcourant le livre de M. Perron, non moins de plaisir et non moins de profit.

Amand Chevallereau.

NOUVELLES

Les bureaux de bienfaisance. — La commission spéciale chargée, d'après l'art. 1er de la loi du 10 janvier 1849 sur l'Assistance publique à Paris, d'élaborer un règlement d'administration organisant cette institution vient d'adopter les conclusions d'un rapport présenté par M. Lyon, maître des requêtes au conseil d'Etat.

D'après ce rapport, le rôle des indigents, c'est-à-dire l'inscription d'office des individus remplissant les conditions exigées pour recevoir les secours publics, disparaîtrait.

On établirait, en se basant à la fois et sur le produit de la contribution mobilière et sur le chiffre de la population, une nouvelle répartition des fonds alloués aux bureaux de bienfaisance, de manière à faire disparaître

les inégalité qui existent aujourd'hui entre les divers arrondissements au point de vue de la quotité des secours. Enfin, on supprimerait les pharmacies des maisons de secours telles qu'elles existent aujourd'hui.

LE CHOLÉRA ET LES ANGLAIS. — On mande d'Alexandrie, 1er septembre, à l'agence Havas que le comité sanitaire international a pris des mesures contre les provenances de Bombay.—Les autorités anglaises ont protesté.

Le *Temps* reçoit à ce sujet les observations suivantes :

Alexandrie, 31 août, 6 h. 30, soir.

On a signalé sur un navire venant de Bombay, avec des pèlerins, quatre cas de choléra; un des malades est mort pendant la traversée, les trois autres au mouillage de Camaran, où se trouve une station de la quarantaine turque.

Le conseil international de la quarantaine maritime à Alexandrie a décidé hier de mettre en quarantaine toute provenance de Bombay ainsi que d'Aden, jusqu'à ce qu'il soit prouvé que cette dernière ville n'a plus de communication avec Bombay.

Il a été constaté que c'est bien le choléra asiatique et épidémique qui a causé les quatre cas de décès.

Lord Granville vient de télégraphier à M. Edward Malet, lui donnant ordre de protester immédiatement contre la mesure prise par le conseil sanitaire qui, de l'avis du cabinet anglais, n'est pas justifiée, et de réclamer le retrait immédiat de la décision du conseil. Ce dernier doit se réunir demain. Les membres égyptiens et anglais sont disposés à accéder à la demande de lord Granville.

L'Egypte se trouve ainsi menacée de l'invasion de l'épidémie du choléra asiatique et précisément à l'époque du pèlerinage à la Mecque.

NÉCROLOGIE. — M. Tsuna HAYASSI, médecin du prince Arissongawa, est mort ces jours derniers d'une néphrite, après cinq jours de maladie. Il sera enterré aujourd'hui.

M. Tsuna Hayassi était né à Tokio. Il était âgé de trente-neuf ans.

Le docteur Hayassi était médecin en chef de l'armée japonaise. Il laisse une femme et quatre enfants.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 25 *au* 31 *août* 1882. — Fièvre typhoïde, 82. — Variole, 7. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 26. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 47. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 71.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 43.

Bronchite aiguë, 10. — Pneumonie, 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 102; au sein et mixte, 57; inconnu, 6. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 81; l'appareil circulatoire, 45; l'appareil respiratoire, 45; l'appareil digestif, 45; l'appareil génito-urinaire, 28; la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 42. — Causes non classées, 9. — Nombres absolus de la semaine, 1,006.

Résultats de la semaine précédente : 1,034.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

7770. b

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 28 JEUDI 7 SEPTEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

19e Année. — Tome II. — N° 28. Jeudi 7 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 6 *septembre* 1882.

L'ergot de seigle, qui pendant longtemps était presque uniquement employé pour exciter les contractions de la matrice, voit chaque jour s'étendre son domaine. C'est un des médicaments qui deviennent le plus en faveur depuis quelques années. On s'en sert non seulement après l'accouchement et dans tous les cas de pertes utérines, mais partout où il est nécessaire d'exciter la contraction des fibres lisses, soit des vaisseaux (hémorrhagies, congestions), soit des sphincters (chute du rectum); on l'a donné avec succès dans la diarrhée aiguë et chronique, dans les affections articulaires, dans quelques affections des yeux, dans les affections cérébrales, vésanies ou maladies avec lésions. M. Duboué (de Pau) l'emploie dans la fièvre typhoïde, et c'était là le sujet d'un travail que M. Hervieux a lu hier en son nom à l'Académie.

Klebs et Aufrecht ont déjà cru trouver la bactérie syphilitique, mais ils ont négligé de cultiver ces germes et de constater leur action par l'inoculation aux animaux. Sans se laisser arrêter par cette considération que les animaux paraissent réfractaires à la vérole, MM. Martineau et Hamonic ont voulu aller plus loin. Cultivant les bactéries qui lui paraissaient provenir d'un chancre syphilitique, M. Martineau a inoculé le liquide de culture sous l'abdomen d'un porc qui peu de temps après perdait ses poils et présentait une éruption papuleuse, que M. Martineau croit être de nature syphilitique. Un second porc, inoculé avec la sérosité provenant directement d'un autre chancre syphilitique, a présenté les mêmes phénomènes. Le sang de ces porcs inoculé sur d'autres animaux de même sorte n'a donné aucun résultat. De même, MM. Martineau et Hamonic ont essayé en vain d'inoculer la syphilis de l'homme à d'autres animaux.

Ces recherches sur la bactérie syphilitique n'offrent pas seulement l'avantage d'être à la mode. Elles sont pleines d'intérêt, et peuvent devenir la source des applications les plus utiles, mais il faut reconnaître qu'un bien plus grand nombre d'expériences sera nécessaire pour entraîner la conviction.

Nous donnons un résumé complet de la communication faite hier à l'Académie par M. de Pietra Santa sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Les recherches faites sur ce sujet par notre distingué collègue du *Journal d'hygiène* donnent un appui très important à la théorie généralement acceptée en France sur cette étiologie.

A. Ch.

Blennorrhagie. — Arthrite. — Lésions cardiaques.

Par M. Dérignac,
Interne des hôpitaux.

Ce n'est pas seulement à titre de rareté que nous rapportons ici l'histoire de deux malades qui ont présenté des complications cardiaques dans le cours de la blennorrhagie. Nous avons cru que ces observations, la seconde surtout, pouvaient nous servir à élucider, au moins pour certains cas, la question obscure, controversée, de la nature des maladies du cœur qui peuvent survenir au cours de la blennorrhagie.

Nous commencerons par l'histoire de nos deux malades; nous exposerons ensuite les réflexions que nous ont suggérées les deux cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

Observation I. — *Rhumatisme antérieur sans lésion cardiaque. Blennorrhagie au cours de laquelle survient une mono-arthrite, puis un rétrécissement aortique.* — B... (Antoine), 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 juillet 1881, salle Saint-Augustin, lit n° 22 (bis), service de M. le Dr Moutard-Martin.

Ce malade dont la mère était rhumatisante, et qui a eu déjà des attaques de rhumatisme articulaire aigu, l'une entre autres il y a trois ans, était de plus sujet à des migraines assez fréquentes, enfin il n'est point alcoolique ni athéromateux.

Au cours d'une blennorrhagie contractée déjà depuis quelque temps, il fut pris dans les premiers jours de juillet de fièvre, puis de douleurs dans le genou droit, phénomènes qui, le mettant dans l'impossibilité de travailler, l'obligèrent à entrer à l'hôpital.

L'écoulement est assez abondant, jaune verdâtre ; l'articulation du genou est le siège de douleurs assez vives, de chaleur ; enfin elle est un peu rouge et notablement tuméfiée.

Le cœur ne présente rien à noter.

Les artères sont souples, non athéromateuses, le pouls est accéléré, mais sans caractères dignes d'attirer l'attention.

La langue est un peu blanche ; nausées ; inappétence assez accusée.

Eau de Sedlitz pour combattre les symptômes d'embarras gastrique ; puis, à partir du 14, administration à la dose de 20 grammes par jour de poivre cubèbe qui diminue tout d'abord l'écoulement, mais ne le tarit point tout à fait.

Les choses allèrent ainsi quelques jours, puis le 10, le malade accusa une sensation d'angoisse précordiale ; se plaignit de palpitations. L'examen du cœur pratiqué aussitôt permet de reconnaître que le choc de la pointe a lieu au niveau de la cinquième côte gauche ;

la palpation dénote une pulsation énergique ; enfin l'auscultation fait découvrir, à la base, un souffle au premier temps, se propageant du côté des vaisseaux, tous symptômes qui n'existaient point lors de l'entrée du malade, nous l'avons déjà noté.

Le pouls est fort, bat 120 fois à la minute, le malade a la peau un peu chaude, et nous regrettons ici que la température n'ait point été prise ; enfin la langue est blanche, l'inappétence absolue.

Le malade, malgré son attention à les découvrir, ignore, somme toute, les causes qui ont pu provoquer l'apparition de pareils accidents ; il ne s'est point refroidi, n'est point allé au dehors la nuit, etc.

Après quelques jours de persistance de chaleur à la peau, d'accélération du pouls, de symptômes d'embarras gastrique, l'état général devient meilleur. Dans les premiers jours d'août déjà les symptômes fébriles s'amendent, mais le souffle persiste au cœur ; l'arthrite est encore de temps en temps douloureuse, et c'est en octobre seulement que le malade peut être envoyé à Vincennes.

Il revint à nouveau dans le service le 28 novembre, disant que ses palpitations devenaient de plus en plus fortes, accusant une gêne extrême à respirer. La face est un peu vultueuse, les lèvres légèrement bleuâtres, les ailes du nez se dilatent à chaque inspiration.

L'auscultation du cœur fait découvrir à la base un souffle très fort de rétrécissement aortique qui couvre le premier temps, arrive jusqu'au second bruit du cœur, qu'il masque et dépasse en durée, en prenant, lorsqu'il va s'éteindre, un caractère légèrement aspiratif. Le pouls est fréquent, de force modérée. Les artères laissent entendre un souffle très fort qui correspond à la systole cardiaque. Repos au lit et, après quatre jours d'un traitement par l'infusion à froid de la poudre de feuilles de digitale à la dose de 0,50 centigrammes par jour, les accidents se calment, mais les signes révélés à l'exploration du cœur persistent, et il reste encore un peu d'anhélation. Le poumon, le foie, les autres organes sont absolument sains ; les urines n'ont point contenu d'albumine.

Nous laissons le malade en cet état le 31 décembre lorsque nous quittons le service, puis dans le courant d'avril 1882 il est envoyé à Vincennes.

Il revient encore dans le service de M. Moutard-Martin dans le courant de mai pour une attaque d'asystolie, et ce n'est qu'après plusieurs jours que les accidents peuvent être conjurés, en partie toutefois, car lorsque, avec sa bienveillance habituelle, notre collègue et ami Valude nous montre le 22 juin 1882 ce malade, nous constatons, outre les signes du côté du cœur déjà notés, des symptômes d'anhélation extrême et une légère augmentation de volume du foie qui est un peu douloureux à la percussion. Le pouls est plutôt petit, les

artères laissent toujours entendre le bruit synchrone à la systole cardiaque que nous avons signalé.

Observation II. — *Blennorrhagie. Arthrite. Lésions du cœur. Accidents généraux de septicémie.* — O..., pris d'une blennorrhagie il y a une vingtaine de jours, entre à l'hôpital le 2 août, salle Saint-Augustin, lit n° 7, dans le service de M. le Dr Moutard-Martin, suppléé à ce moment par M. Dreyfus-Brissac.

Dès le jour même de son entrée, ce malade présente un état fébrile assez notable et la température prise dans le rectum, très exactement, le matin par M. Chapotel, externe du service, et le soir par nous-même, oscille pendant le mois d'août entre 38° et 39°.

Un mois environ après son entrée, le 2 septembre, cet homme fut pris d'un malaise vague, avec frissons assez intenses, qui se manifestèrent plusieurs fois dans la nuit et s'accompagnèrent d'exacerbations dans les symptômes de l'arthrite qui avait nécessité son entrée à l'hôpital et s'était montrée au dix-septième ou dix-huitième jour de sa blennorrhagie.

L'écoulement, le 2 septembre, est encore assez abondant, jaune verdâtre, les douleurs pendant la miction ne sont pas très vives, le malade n'a point d'érections, d'éjaculations la nuit. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, le facies est un peu pâle, et le malade accuse un abattement assez considérable. Le poignet est rouge, douloureux, la contracture musculaire maintient la jointure absolument immobile. La température rectale est, le 2 septembre, de 38,2 le matin, 40,2 le soir; elle est le 3, de 39,6 le matin et le soir, enfin le 4, elle est à 39° le matin et 39,4 le soir. Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 6. Le malade est un peu mieux. T. R., 38,2 le matin, 39,5 le soir.

Le 8. Six grammes de salicylate de soude.

Le 11. Suppression du salicylate qui ne procure aucun soulagement au malade. 20 grammes de cubèbe par jour.

L'écoulement diminue le 12, le 13, mais les symptômes articulaires persistent tout aussi intenses.

Le 14, au soir. Frisson violent; la température à 38,9 le matin, s'élève le soir à 40,4; le pouls est accéléré, fort, vibrant; le malade accuse de l'angoisse précordiale; cependant l'exploration du cœur, des poumons, ne laisse percevoir rien d'anormal.

Suppression du cubèbe. 0,50 de sulfate de quinine. Subdelirium le soir à neuf heures. Potion avec extrait de quinquina, 4 gr.; musc, 0,30 centigr.

Le 15, au matin. Le malade nous dit avoir eu dans la nuit plusieurs petits frissons; son facies est pâle; la sensation d'angoisse qu'il nous avait accusée la veille persiste encore; le pouls est fré-

quent, un peu irrégulier, de force modérée, les battements du cœur irréguliers aussi sont précipités et ils accusent à la palpation une énergie plus considérable que les caractères du pouls ne le faisaient pressentir; l'auscultation révèle l'existence, à la pointe, d'un souffle qui commence dans la présystole, puis croît en intensité jusqu'au moment de la systole qu'il couvre complètement; enfin, il se propage vers l'aisselle. Rien à l'orifice aortique. Rien aux autres orifices. Rien aux poumons, rien dans les autres organes.

Les urines, traitées par la chaleur, l'acide azotique, le réactif de Tanret, présentent de l'albumine; en effet, si avec le dernier de ces réactifs le coagulum disparaît en partie par la chaleur et reparaît en entier par le refroidissement, il est loin de disparaître en entier par la chaleur, preuve bien évidente qu'il est formé en partie par de l'albumine, en partie par de la quinine précipitée par le réactif. Quant à savoir si l'albumine ainsi découverte provient en entier du pus blennorrhagique ou en partie de celui-ci et en même temps du rein, la question semble difficile à résoudre; cependant nous inclinons vers la première hypothèse; ceci considéré que le malade n'a pas de douleurs lombaires, n'a pas de sang dans les urines, pas de cylindres, et que la quantité d'albumine semble assez directement en rapport avec la quantité de pus. T. R., 40,6 le matin, 40,6 le soir. Injections à partir de ce jour et deux fois dans les vingt-quatre heures avec une solution de sulfate de quinine à 1/100.

Nous réitérons auprès du malade les questions que nous lui avions posées le premier jour, nous lui demandons si ses parents ont, à sa connaissance, eu des attaques de rhumatisme, ont éprouvé des douleurs dans les jointures, dans les membres, toujours ses réponses sont négatives. Lui-même, avant les accidents qu'il éprouve en ce moment, n'avait jamais eu d'attaque de rhumatisme, n'avait jamais eu de douleurs dans les jointures, n'était point sujet aux palpitations, tout au contraire, pouvait sans s'essouffler faire de longues courses; enfin il n'est point sujet aux migraines, n'a jamais eu la chorée, la scarlatine ou quelque autre maladie infectieuse, capable de porter son action sur le cœur; il n'est point syphilitique, ni alcoolique, ni athéromateux, les artères sont souples et non flexueuses, etc.

Le 16. Le malade nous dit avoir eu dans la nuit de petits frissons, le facies accuse un abattement notable, presque de la prostration, les traits sont étirés, pincés, le teint est pâle, les lèvres sont un peu noires, enfin il a eu dans la nuit un peu de délire, et le matin deux vomissements verdâtres.

Le pouls est très fréquent, un peu irrégulier, plutôt mou, les battements du cœur sont précipités, le souffle persiste, un peu plus intense même peut-être que la veille; la matité cardiaque est peut-

être un peu plus étendue que les jours précédents. T. R., 39,8 le matin, 41° le soir.

Le 17. L'état général est meilleur; le souffle persiste. Badigeonnages à la teinture d'iode au-devant du cœur, les organes génitaux malades proscrivent les vésicatoires.

Le 18. Même état; même traitement.

Le 19. Suppression du sulfate de quinine.

Le 20. Frisson très intense le soir; pouls à 120; facies altéré, un peu de ballonnement du ventre; cependant le malade va régulièrement à la selle. Rien aux poumons. Rien dans les plèvres. Rien au foie ni dans les autres organes.

Albumine toujours dans les urines, mais qui peut être mise sur le compte de l'écoulement, sa quantité paraissant assez en rapport avec le nombre des globules blancs. 0,75 de sulfate de quinine. T. R., 38,8 le matin, 41° le soir.

Le 21. La température monte le soir à 40,6, le pouls est fréquent, ample. Apparition d'un souffle à la base au deuxième temps, au niveau de l'orifice aortique souffle qui se propage de la base du cœur vers sa pointe et s'entend aussi dans les vaisseaux du cou. T. R., 39,5 le matin, 40,6 le soir.

Le 22. T. R., 39,6 le matin, 40,4 le soir.

Le 23. 38,8 le matin, 39,4 le soir.

Le 24. 39,2 le matin, 39,6 le soir.

Le 25. 39° le matin, 39,2 le soir.

Le 26. 39,4 le matin, 39,4 le soir.

Suppression du sulfate de quinine le 27.

A partir du 5 octobre, l'état général s'améliore d'une façon définitive, l'écoulement cesse complètement; néanmoins on continue les injections de sulfate de quinine quelques jours encore. La prostration diminue, puis disparaît, les lèvres, les dents, les gencives se nettoyent; mais les souffles du cœur persistent, quoique atténués. L'arthrite devient moins douloureuse, mais l'articulation est le siège d'une ankylose peut-être définitive, malgré l'immobilisation de la jointure dès les premiers jours dans un appareil plâtré, avec soin de faire exécuter tous les sept ou huit jours quelques mouvements à l'article.

Le malade nous quitte en cet état vers le milieu d'octobre et nous le perdons absolument de vue. *(A suivre.)*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 *septembre* 1882. — *Présidence de* M. Bouley.

La Correspondance comprend: 1° une lettre de M. A Calmet, étudiant en médecine, priant l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli

cacheté ; 2° deux lettres de candidats pour le prix Saint-Paul.

M. Gosselin lit, au nom de M. le Dr Abeille, une observation d'ostéo-myélite aiguë spontanée du tibia gauche avec myélite suppurante, compliquée d'arthrite suppurée du coude droit et terminée par guérison (Comm. : MM. Verneuil, Legouest, Gosselin.)

M. le Président invite M. H. Roger à lire le discours prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Woillez.

Note sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle. — *M. Hervieux* lit cette note au nom de M. le Dr *Duboué* (de Pau) membre correspondant.

L'ergot de seigle est applicable, sans exception, à toutes les périodes et dans toutes les formes de la fièvre typhoïde. Avant d'administrer ce médicament dans n'importe quel cas de cette maladie et surtout dans une forme grave, on doit s'assurer, avant qu'il soit pulvérisé, que les grains ont leur aspect normal et qu'ils n'ont subi aucune altération.

De la bactéridie syphilitique, de l'évolution syphilitique chez le porc. — Études et expériences.— *M. Martineau* a fait, avec son interne M. Hamonic, des recherches sur la bactéridie syphilitique. Klebs, Aufrecht ont déjà décrit la bactéridie syphilitique, qu'ils croyaient avoir trouvée dans le sang, mais ils ont eu le tort de ne pas cultiver ces germes et de ne pas constater leur action par l'inoculation aux animaux. En France ces recherches sont restées sans résultat. MM. Martineau et Hamonic ont procédé de la manière suivante. Ils ont cultivé un chancre et l'ont placé dans un vase clos préalablement chauffé au rouge sombre, puis ayant préparé un bouillon concentré Liébig porté à l'ébullition pendant deux heures environ, ils ont placé ce bouillon dans un ballon à col très allongé, puis lorsqu'il fut redescendu à la température de 30° environ, ils ont introduit rapidement le chancre et ont scellé le ballon à la lampe. Ce liquide examiné le lendemain 30 avril contenait de nombreuses bactéridies d'une forme particulière.

Le 1er mai le liquide de culture des bactéridies est injecté sur l'abdomen d'un porc mâle de 5 mois. A la fin du mois de mai on constate sur l'abdomen 7 à 8 papules saillantes, qui augmentent de nombre les jours suivants. Le 4 juin l'animal est pris d'une conjonctivite de l'œil gauche ; il présente en outre une tumeur pénienne.

Pour comparer, on inocule le 21 juin à un autre porc mâle le pus d'un chancre syphilitique ; l'animal présente les jours suivants une éruption exactement semblable au premier.

Le 2 juillet, avec les bactéridies trouvées dans le sang de ce second porc, on fait une injection à la région pénienne d'un troisième porc et d'un chevreau ; ces animaux n'ont présenté aucun phénomène. Les résultats ont de même été nuls sur un singe. Le sang de ces animaux,

examiné par M. le professeur Nocard, d'Alfort, n'a jamais présenté de bactéridies.

M. Martineau pense que l'affection cutanée observée chez les deux premiers porcs présentait bien les caractères d'une éruption syphilitique ; il en conclut que la syphilis est transmissible de l'homme au porc, mais non du porc à cet animal lui-même ni de l'homme aux autres animaux. (Comm. MM. Bouley, Pasteur, Fournier, Lancereaux).

La fièvre typhoïde a Paris (période de 1875 à 1882 (1er semestre). — M. le Dr de Pietra Santa commence par étudier la valeur et l'importance des deux principales théories, admises aujourd'hui pour établir la véritable étiologie de la fièvre typhoïde.

I. — La théorie anglaise dite de l'*origine fécale* de l'*enteric fever*, reconnaît comme facteurs essentiels : la contagion directe, par les intestins du malade, et l'élaboration des matières morbigènes soit dans les divers tuyaux de drainage de la maison, soit dans les collecteurs des eaux d'égoûts. Pour les auteurs anglais, toute fièvre typhoïde trouve sa cause et sa raison d'être — 1° dans une eau potable impure et contaminée — 2° dans des exhalaisons d'égoûts, ou des miasmes émanés des latrines et des fosses d'aisances.

La théorie française admet parfaitement que la fièvre typhoïde puisse se développer spontanément par infection, ou spécifiquement par contagion, mais en s'appuyant sur l'observation clinique, elle soutient que les causes les plus diverses peuvent, à tour de rôle, donner naissance à des épidémies de fièvre typhoïde ; en conséquence la grande majorité des auteurs français n'accepte pas l'affirmation de l'*unicité* du poison thyphoïgène.

Une atmosphère animalisée et puante, un espace restreint plus ou moins clos, une accumulation d'ordures et de molécules putrides, des émanations fétides, sont certainement une merveilleuse préparation pour recevoir la fièvre typhoïde, mais si la propagation de la fièvre par des germes morbides répandus dans l'atmosphère est possible, cette propagation n'est pas *constante* et ne s'exerce pas d'une manière *simple et régulière*.

L'histoire des épidémies de fièvre typhoïde dans l'armée dément d'une manière formelle la doctrine anglaise de la simplicité et de l'unicité d'étiologie. Pour nos médecins militaires la maladie est toujours sous la dépendance d'un faisceau d'influences les plus diverses. agissant sur des sujets *spécialement prédisposés* par leur âge (21 ans), arrivant de la campagne, et *non encore acclimatés* au séjour des grands centres de population, agglomérés de façon à tomber sous le coup de l'*encombrement* et de l'*auto-infection*.

M. de Pietra Santa formule cette opinion

« En résumé, la multiplicité des influences typhoïgènes, leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité consi-

dérable, et enfin leur dissociation dans les groupes humains soustraits au milieu morbifique, indiquent clairement que la cause de la fièvre typhoïde est *inconsistante* et *décomposable*, et que, dans la généralité des cas, elle ne se synthétise pas en un agent *unique*, *préformé*, offrant des attributs de causes exclusives ou spécifiques. »

II. — L'enquête minutieuse faite par l'auteur au moyen de documents fournis par les bureaux d'hygiène et de statistique médicale des diverses capitales de l'Europe, a mis en relief les faits suivants :

1° L'existence dans tous les grands centres de population d'une fièvre qui, malgré les dénominations diverses qu'elle reçoit, dans ces différents pays, possède une physionomie spéciale et caractéristique dite l'*état typhique ou typhoïde.*

2° La recrudescence à des époques variables (entre le mois de juillet et de novembre) de la maladie, qui existe partout dans des conditions d'endémicité, recrudescence parfois assez notable pour prendre les apparences d'une véritable épidémie.

3° La diminution constante et progressive de l'état endémique de la fièvre typhoïde, en nombre et en gravité, au fur et à mesure que les grands travaux d'assainissement et d'hygiène générale ont reçu un développement plus considérable et plus intelligent. (Londres, Turin, Munich, Zurich, Dantzik, Breslau, etc., etc.)

III. — A Paris, depuis plusieurs années, la fièvre typhoïde prend des proportions de plus en plus inquiétantes.

La proportion des fièvres typhoïdes par rapport à la mortalité générale (pour toutes causes) qui était de 1865 à 1867, de 1,90 pour 100 décès, est en 1875, de 2,30, id., et en 1876, de 4,08.

Le nombre des décès typhiques a été de 1,056 en 1880, de 2,130 en 1881, et de 989 pendant le 1er semestre 1882, ce qui représente une proportion de 4,60 décès typhiques par 100 décès généraux.

Les statistiques médicales, fournies par la Préfecture de la Seine et par le Conseil d'hygiène et de salubrité, démontrent :

1° Que c'est régulièrement dans les mois d'août et de novembre que la fièvre typhoïde fait le plus de victimes à Paris ;

2° Que la distribution de la fièvre typhoïde est inégale dans les divers arrondissements ;

3° Qu'il n'existe pas de rapport direct et constant entre le chiffre des décès par fièvre typhoïde et les chiffres de la population de l'arrondissement, de sa superficie, de sa densité de population, de sa mortalité générale. Effectivement :

En 1876, les arrondissements qui ont eu la plus forte mortalité typhique (50 décès et au delà), les 18e, 10e, 3e, 4e, 11e, 12e, représentent sur une carte de Paris une bande descendant du nord au sud, intermédiaire entre les 19e et 20e arrondissements à l'est, et les autres arrondissements à l'ouest.



En 1877, cette bande devient circulaire autour des arrondissements du centre de Paris (1er, 2e, 3e, 4e et 6e), et comprend les 10e, 8e, 7e, 15e, 5e et 12e arrondissements.

Si l'on dresse une carte graphique comprenant la période entière, 1875 à 1882 (1er semestre), la mortalité typhique se retrouve au maximum dans les quatre arrondissements du nord, 17e, 18e, 10e et 19e, et dans deux arrondissements situés à l'est, 11e et 12e.

M. de Pietra Santa, ayant alors dressé un tableau, indiquant par ordre numérique, de 1 à 20, les arrondissements de Paris, en rapport avec leur population, leur superficie, leur mortalité générale et leur mortalité typhique, a pu constater, d'une manière très évidente, le bien fondé de ses premières observations. Voici du reste quelques exemples :

	ÉCHELLE			
Arrondissements.	De population.	De superficie.	De mortalité générale.	De décès typhiques.
VIIIe..........	14e	11e	19e	1er
XIe............	1er	12e	1er	18e
XXe...........	9e	6e	4e	20e
Ve............	6e	14e	7e	20e

Ainsi, le 11e arrondissement, le plus peuplé, le 12e en superficie, qui a subi la plus forte mortalité générale, n'occupe que le 18e rang pour la mortalité par fièvre typhoïde.

Par contre, le 8e arrondissement, le 14e comme population, le 11e en surface, l'un des plus favorisés au point de vue de la mortalité générale (19e), arrive au premier rang pour la mortalité typhique.

En résumé, dit en terminant M. de Pietra Santa, la statistique médicale vient à l'appui de l'observation clinique pour démontrer l'impossibilité de rattacher la fièvre typhoïde à une cause unique, l'origine fécale, proposée par l'école anglaise.

NÉCROLOGIE

WOILLEZ (Eugène-Joseph), né à Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais), le 19 janvier 1811, est mort à Paris le 4 septembre. Il soutint, le 8 mai 1835, sa thèse *Sur les déformations de la poitrine dans les maladies*, fut attaché comme médecin à l'asile des aliénés de Clermont (Oise) et revint à Paris en 1851. Il fut nommé médecin du Bureau central au concours de 1855 et en 1874 il fut nommé à la Charité. L'année précédente, il avait été élu membre de l'Académie de médecine.

Ses principaux travaux ont pour objectif les organes thoraciques. Ce sont: Etude sur les bruits de la percussion thoracique (1855). — Recherches sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie (1857). — Recherches sur les variations de la capacité thoracique dans

les maladies aiguës (1857).—Dictionnaire de diagnostic médical, etc. (1861-1869). — Etude sur l'auscultation des organes respiratoires (1866). — Recherches cliniques sur la congestion pulmonaire (1867). — Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires (1872), couronné par l'Institut. — L'homme et sa science au temps présent (1877). — Pendant son séjour à Clermont, Woillez a écrit un volumineux ouvrage sur l'archéologie des monuments religieux dans l'ancien Beauvoisis.

Il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur, pour sa conduite pendant l'épidémie de choléra de 1849.

Confrère bienveillant, praticien consciencieux, Woillez ne comptait que des amis.

A. C.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont institués, pour une période de deux ans, à dater du 1er novembre 1882, à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux :

1° *Chefs de clinique médicale* : MM. les docteurs Dallidet (Jacques), en remplacement de M. Dubreuil, dont le temps d'exercice est expiré; Cayla (Frédéric), en remplacement de M. Davezac, dont le temps d'exercice est expiré ;

2° *Chefs de clinique chirurgicale* : MM. les docteurs Chevalier (Gabriel-Léon) et Courtin (Félix), en remplacement de MM. Piéchaud et Monod, dont le temps d'exercice est expiré ;

3° *Chef de clinique obstétricale* : M. le Dr Hirigoyen (Louis), en remplacement de M. Bitot, dont le temps d'exercice est expiré ;

4° *Chef adjoint de clinique obstétricale* : M. Rivière (Maurice), en remplacement de M. Hirigoyen, nommé chef de la même clinique.

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés pour une période de trois ans, à partir du 1er août 1882 :

1° *Chef de clinique obstétricale* : M. le docteur Rémy (Sébastien-Joseph), en remplacement de M. Hippolyte, dont le temps d'exercice est expiré ;

2° *Chef de clinique chirurgicale* : M. le docteur Guillemin (Paul-Augustin-François), en remplacement de M. Rohmer, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Nicolas, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Étienne, appelé à d'autres fonctions.

Hopital des Enfants-Malades. — On va commencer très prochainement des travaux d'une grande importance à l'hôpital des Enfants-Malades de la rue de Sèvres. Ces travaux comprendront la démolition d'un petit pavillon, vieille masure qui tombe en ruines, et la reconstruction sur son emplacement d'un nouveau corps de bâtiment attenant aux constructions existantes.

L'ensemble de ces travaux nécessitera une dépense évaluée, quant à présent, à la somme d'environ 250,000 francs.

Les adjudications aux enchères, pour ces deux opérations, auront lieu le 21 septembre.

Le choléra en Europe. — Le choléra fait de nouveau son apparition en Europe. On lit, en effet, dans le *Petit Marseillais :*

Depuis quelque temps déjà des bruits persistants signalaient la présence du choléra en Arabie et en Egypte ; le fléau n'ayant pas pris d'extension, peu à peu les craintes s'étaient dissipées.

Voici maintenant que diverses dépêches nous annoncent que l'épidémie cholérique sévit à Varsovie où, depuis le 4 août, soixante-huit personnes ont été atteintes ; 27 cas sont mortels.

D'autre part, la même maladie ravage les Philippines et notamment Manille ; la presse madrilène s'est émue des nouvelles qu'elle a reçues de cette colonie ; des mesures sérieuses ont été prises immédiatement en Espagne pour ordonner la mise en quarantaine de tous les vaisseaux venant de Bornéo, des îles Soulou et de l'archipel des Philippines.

Il est urgent que d'énergiques mesures sanitaires soient prises sur les côtes de France, surtout à Marseille, qui, la première, recevrait la visite de l'hôte sinistre venu d'Orient.

Le *Messager du Midi* a reçu, de son côté, de Marseille, la nouvelle que les réfugiés égyptiens qu'on avait relégués à Ratonneau vont quitter cette île qui sert pour les quarantaines. Il n'y a pas, en ce moment de quarantenaires, mais on annonce la très prochaine arrivée de deux navires venant du Sénégal, où sévit la fièvre jaune. Il faudra donc faire place aux passagers, et les Egyptiens ne pourront pas rester dans l'île. On sera très probablement obligé de les faire camper dans les terrains vagues de l'ancien Lazaret.

— M. Chevreul est entré le 31 août dans sa quatre-vingt-dix-septième année.

L'illustre chimiste est né, en effet, le 31 août 1786. En 1826, il a été nommé membre de l'Académie des sciences, en remplacement de Proust, dont il avait été le concurrent en 1816.

Depuis 1810, il fait partie de l'administration du Muséum, dont il est le président.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, *éditeurs. Paris.*

Contribution à l'étude de la valeur séméiologique des écoulements uréthraux. par le Dr Bonnami. In-8. 3 fr. 50

Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, par le Dr Chahbazian. In-8. 3 fr. 50

Petit guide médical aux eaux de Vals, par le Dr Lafosse, médecin inspecteur des eaux de Vals. 1 vol. In-8, 3 fr.

De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques, par le Dr Vallon. In-8. 3 fr.

Etude sur la stéatose hépatique considérée au point de vue chirurgical, par le Dr Gauchas. In-8. 3 fr.

Contribution à l'étude du goitre exophthalmique. Pathogénie. Traitement, par le Dr Bénard. In-8. 3 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

MPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 29 SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

9e Année. — Tome II. — No 29 Samedi 9 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Blennorrhagie. — Arthrite. — Lésions cardiaques. (*Suite et fin.*)

Par M. Dérignac (1),
Interne des hôpitaux.

Réflexions. — Lorsqu'on compulse les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour d'accidents cardiaques survenant au cours de la blennorrhagie, on voit qu'elles peuvent se diviser en trois catégories :

1° Les observations dans lesquelles les complications cardiaques (péricardite, endocardite, myocardite) sont survenues au cours d'une blennorrhagie, avec ou sans arthrite, chez un sujet ayant eu déjà des attaques de rhumatisme articulaire.

2° Celles dans lesquelles les complications cardiaques au cours d'une blennorrhagie sont survenues chez un sujet suspect d'antécédents héréditaires ou personnels de rhumatisme.

3° Celles enfin dans lesquelles la complication cardiaque est survenue au cours d'une blennorrhagie chez des malades absolument indemnes de toute manifestation rhumatismale, qu'on recherche celle-ci chez les malades eux-mêmes ou chez leurs parents.

Dans ces dernières, l'influence de la blennorrhagie sur la complication cardiaque ne semble point devoir être contestée, et il en existe des cas très authentiques : les deux de M. Desnos, ceux de Brandes, de Lehmann, de Lorain, d'Hervieux, de Marty, celui qui, recueilli dans le service de M. le professeur Brouardel, se trouve dans la thèse de Morel à l'observation XIII et celui enfin qui fait le sujet de notre deuxième observation.

Si, au sujet des observations qui entrent dans les deux premières catégories, on peut, comme on l'a fait à propos des arthrites blennorrhagiques et des complications de la blennorrhagie en général, rechercher les analogies, les points d'identité qui relient le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme ordinaire, ou soutenir la thèse toute opposée, en revanche, celles de la troisième catégorie, celles dans lesquelles les complications articulaires et cardiaques sont survenues chez des blennorrhagiques indemnes jusqu'ici, aussi bien que leurs parents, de toute manifestation rhumatismale, nous paraissent devoir être rangées, pour quelques-unes au moins, dans une classe à part et rentrer dans le cadre des maladies septiques.

Si dans quelques cas, en effet, les symptômes généraux ne sont

(1) V. *France méd.*, no 28, p. 326.

point signalés, peut-être parce qu'on n'y a point apporté une attention suffisante, il est, par contre, un nombre respectable d'observations dans lesquelles on trouve notés des accidents généraux graves, des accidents de septicémie, telle l'observation lue par M. Desnos à la Société médicale des hôpitaux, dans laquelle ce maître a signalé, dans les premiers jours, un état de prostration tel qu'il crût d'abord avoir affaire à une *endocardite ulcéreuse*; témoins encore le malade de M. Marty, médecin militaire, qui, quoique l'auteur ait noté un état général satisfaisant, avait néanmoins éprouvé des *frissons violents*, des symptômes très accusés d'embarras gastrique, des *ascensions thermiques* de 39°, 40° et plus, de la *carphologie*, du *délire*, etc.; puis l'observation de Lorain dans laquelle apparurent à brève échéance des complications graves, myocardite probable qui entraîna rapidement le mort; enfin notre deuxième observation.

Ici, en effet, nous voyons un malade pris, au dix-huitième jour d'une blennorrhagie, d'accidents articulaires avec fièvre intense, accidents qui ne sont pas amendés par le salicylate de soude; puis le soixante-et-unième jour brusquement la température s'élève à 40°,4, et cette ascension thermique s'accompagne de frissons violents répétés, de délire, de symptômes typhoïdes qui marquent l'apparition de lésions cardiaques, lesquelles se développent et évoluent sous nos yeux. Après trois jours de persistance, les accidents de septicémie s'amendent, laissent de leur passage des traces à l'orifice mitral; ils apparaissent à nouveau ou plutôt subissent une recrudescence soixante-douze heures après et laissent cette fois une lésion aortique, qui, de même que la lésion mitrale, persiste encore lorsque nous perdons le malade de vue.

Du reste, l'idée n'est pas neuve que les complications de la blennorrhagie, ou certaines au moins des complications de la blennorrhagie, sont de nature septique. Comme le fait observer fort justement notre excellent ami Talamon, dans sa Revue, Paget, après avoir admis une pyohémie chronique, lente, montre les rapports qu'elle affecte avec ce qu'on décrit sous le nom de rhumatisme blennorrhagique, et M. le professeur Lasègue, dans une de ses cliniques ou dans les thèses de deux de ses élèves qu'il a inspirées, cherche à montrer les analogies qui existent entre les arthrites de la blennorrhagie et celles de l'infection purulente et de l'état puerpéral; il montre que des phénomènes généraux: malaise, frissons, fièvre, accusant l'adultération de l'organisme par un principe infectieux, marquent l'apparition des accidents locaux ou les précèdent; enfin, M. Weiss, de Nancy, dans sa thèse, émet des opinions dans le même sens avec observations à l'appui.

Ce fait bien établi, que des accidents pareils se montrent au cours de certaines blennorrhagies, il n'est rien d'étonnant que des lésions

cardiaques se manifestent ici comme dans les maladies infectieuses : variole, scarlatine, fièvre puerpérale, puerpérisme infectieux, etc., et il n'est rien d'étonnant que ces lésions du cœur, toutes locales, ne se manifestent point dans tous les cas de blennorrhagie, puisque les accidents de septicémie ne se montrent eux-mêmes point dans tous les cas, ou, s'ils se montrent, peuvent respecter le cœur pour atteindre de préférence les articulations, l'œil, etc.

Il est regrettable que nous n'ayons pas recueilli chez nos malades, le second surtout, des liquides dont on eût pu faire la culture, afin de reconnaître la nature de l'organisme propre à la blennorrhagie ou toute autre qui avait donné lieu aux accidents. C'est là une lacune que nous nous promettons de combler si pareils cas reviennent à notre observation. Mais lorsque nous suivions ces malades, avant surtout que nous n'ayons pris le tracé thermique du second, avant que nous n'ayons pu examiner l'ensemble de la courbe, les phénomènes généraux, la marche de la maladie, notre attention n'était point attirée vers la nature des accidents que nous venons de signaler ; nous étions convaincu que nous avions sous les yeux une endocardite semblable ou analogue à celle du rhumatisme simple, et ce n'est que vers la fin de la maladie, à l'examen de la courbe et des phénomènes généraux qu'avait présentés notre malade, que l'idée nous vint que nous avions eu affaire, peut-être, à une cardiopathie analogue ou identique à celles des maladies infectieuses, scarlatine, puerpéralité, etc., à une affection septique, infectieuse, au sens spécial qu'on attache actuellement à ces mots.

De l'analyse donc de notre deuxième observation, de l'analyse des observations de MM. Desnos, Lorain, Marty, et nous fondant sur ce fait qu'il existe au cours de certaines blennorrhagies des accidents de septicémie lente, nous nous croyons en droit de dire que ces accidents de septicémie, qui se montrent au cours de la blennorrhagie, peuvent, au même titre que les autres maladies infectieuses, déterminer des lésions du cœur ou de ses enveloppes, de même qu'ils donnent lieu à des arthrites, etc., et la nature non douteuse de ces accidents lorsqu'ils évoluent chez un sujet non suspect de rhumatisme, on doit peut-être l'invoquer encore, quelquefois tout au moins chez les sujets rhumatisants qui présentent les complications que nous venons d'étudier au cours de la blennorrhagie, car, somme toute, un rhumatisant peut fort bien faire de la septicémie. A ce propos, nous ferons observer que notre premier malade, chez lequel des accidents antérieurs de rhumatisme avaient laissé le cœur indemne, fut pris, au cours d'une *mono-arthrite blennorrhagique,* d'accidents du côté du cœur ; mais nous tenons ici à réserver nos conclusions définitives, la température n'a point été prise dans ce cas et l'on doit donc attendre de nouveaux faits pour se prononcer absolument.

La question est, en effet, fort complexe, dans les cas de rhumatisme blennorrhagique avec complications cardiaques. Il existe peut-être des rhumatisants qui, au cours d'une blennorrhagie, font de la cardiopathie de nature septique, mais il s'en trouve peut-être encore qui, au cours d'une blennorrhagie, ont une attaque de rhumatisme simple, que celle-ci soit l'effet d'une coïncidence ou que la blennorrhagie réveille la diathèse rhumatismale, comme on l'a dit, ou mette le malade dans des conditions telles qu'il est plus apte à être prisde rhumatisme simple que s'il eût été bien portant, comme aussi il peut se trouver des rhumatisants (et l'on connaît bien l'aptitude de certains à contracter la chaudepisse) chez lesquels le rhumatisme se manifeste sur l'urèthre au même titre que chez d'autres il se manifeste sous forme d'angine ou sous forme d'érythème, etc., quitte à lui d'envahir plus tard le cœur, les articulations, etc.

Les accidents aigus terminés, les cardiopathies blennorrhagiques, s'il faut s'en rapporter aux cas publiés, peuvent donner lieu à des lésions *chroniques*, susceptibles de s'accompagner ensuite et quelquefois rapidement, huit, dix mois, de toutes les complications des maladies du cœur : hypertrophie, asystolie, etc.

Mais c'est là une terminaison relativement heureuse ; car souvent la mort survient à brève échéance, au milieu ou très proche des accidents aigus, probablement par myocardite (cas de M. Desnos, cas de Lorain), ou bien la vie est menacée par des accidents d'un autre ordre, embolies septiques ou non septiques, et l'observation publiée par M. Desnos dans le *Progrès médical*, en 1874, rentre dans cet ordre de faits.

Lorsqu'on recherche les observations qui ont été publiées depuis 1854, époque à laquelle Brandes attira l'attention des médecins sur les complications cardiaques blennorrhagiques, on voit que leur chiffre est peu élevé. Mais on ne doit point se baser, à notre avis, sur le petit nombre d'observations publiées pour établir la rareté des complications qui nous occupent. En effet, des cas relatés jusqu'ici, tous, on peut le dire, ont trait à des hommes, et ils seraient certes plus nombreux si la femme ne possédait au plus haut point l'art de dissimuler une maladie vénérienne, favorisée toujours, du reste, par le médecin, qui hésite à pousser ses investigations du côté des organes génitaux chez une malade qu'il a à traiter pour une arthrite et une lésion du cœur.

En terminant, nous ferons remarquer que, dans notre deuxième observation, l'amélioration s'est montrée lorsque l'écoulement disparaissait ou allait disparaître ; c'est là un fait qui semble indiquer que, dans un cas semblable, la thérapeutique ne doit point négliger la chaudepisse, cause sans doute des accidents, et les toniques, l'extrait de quinquina, la quinine à l'intérieur ou en injections, semblent avoir produit chez notre malade un bon résultat.

En résumé : de l'analyse comparative de notre observation II avec celles de MM. Desnos, Marty, Lehman, Lorain, etc.; de ce fait bien établi qu'il peut se montrer au cours de certaines blennorrhagies de la septicémie lente chronique (Lasègue, Paget, etc.), nous croyons pouvoir tirer les déductions suivantes :

1° Il existe au cours de certaines blennorrhagies des accidents de septicémie qui peuvent donner lieu à des cardiopathies de même nature que celles de la pyohémie, de la fièvre puerpérale, etc., etc.

2° Ces lésions cardiaques peuvent rapidement menacer la vie du malade (myocardite, embolie), ou devenir le point de départ d'une lésion chronique qui exposera plus tard le malade à toutes les complications des maladies du cœur.

3° Les complications cardiaques de cette nature, lorsqu'elles se développent, entraînent avec elles des symptômes, une marche clinique susceptible d'éclairer sur leur véritable nature, nature qu'on pourra bien moins facilement encore mettre en doute si les accidents se montrent chez un sujet non entaché aussi bien que ses parents de la moindre manifestation rhumatismale.

4° Ces complications peuvent peut-être se rencontrer encore chez les rhumatisants ; interdit qu'il n'est point, croyons-nous, à un rhumatisant de la septicémie. Cependant l'absence d'observations absolument bien prises empêche ici de conclure définitivement, parce que si un rhumatisant peut faire de la septicémie, il se peut aussi que sa blennorrhagie réveille, comme on l'a dit, le rhumatisme soit *ipso facto*, soit en mettant le malade dans des conditions telles que des manifestations rhumatismales puissent apparaître, qui fussent restées latentes si l'individu eût été bien portant ; comme il se peut aussi qu'un rhumatisme débute par l'urèthre pour envahir plus tard le cœur, les articles, ou, comme il se peut encore, que, par simple coïncidence, survienne chez un blennorrhagique une attaque de rhumatisme aigu.

5° Les complications cardiaques blennorrhagiques doivent être probablement plus fréquentes en réalité que ne semblent l'indiquer les observations publiées jusqu'à ce jour, et cela pour diverses causes, celle-ci entre autres, que le médecin hésite souvent à explorer les parties génitales chez une femme qui veut se faire traiter pour une arthrite avec lésion du cœur.

6° En tout cas leur rareté, comparée aux nombreux cas de blennorrhagie, s'explique par ce fait que tous les blennorrhagiques ne font pas de la septicémie lente.

7° Si elles n'entraînent point la mort pendant leur développement, elles peuvent peut-être guérir d'une façon définitive, mais peuvent aussi passer à l'état chronique, exposant le malade à toutes les complications des maladies du cœur.

8° Elles s'accompagnent le plus souvent de complications articulaires ou oculaires qui complètent et pourraient éclairer le tableau clinique,

9° Leur traitement doit remplir trois indications :

A. Supprimer la chaudepisse, cause sans doute des accidents;

B. Agir sur l'état général, anémie, septicémie (toniques, quinine, etc.);

C. Combattre la lésion du cœur : digitale. Révulsifs constitués par la teinture d'iode, les pointes de feu, l'état des organes génitaux proscrivant l'emploi des vésicatoires.

MEMENTO PRATIQUE (1)

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHRONIQUE DES ENFANTS. — *Absorbants.* — Le plus utile est le ***sous-nitrate de bismuth porphyrisé;*** cette dernière condition est nécessaire, sinon le bismuth présente souvent des grumeaux qui forment dans le tube digestif de véritables corps étrangers.

On peut formuler la potion suivante :

Sous-nitrate de bismuth porphyrisé.	5 à 6 gr.
Soluté de gomme.................	100 grammes.
Sirop de coings..................	30 —

Toutes les deux heures une cuillerée à dessert.

S'il y a de la douleur, on ajoutera 2, 3, 4 gouttes de laudanum, suivant l'âge.

La *craie* à la dose de 4 grammes, ou bien le mélange de craie et de bismuth (2 grammes de chaque) dans la potion précédente, sont un moyen utilement employé contre le ballonnement du ventre.

Astringents. — On peut employer divers astringents, le ratanhia, le cachou, le tannin.

L'*acide gallique* rend également des services ; on peut le prescrire sous la forme suivante :

Acide gallique..............	0,20 centigr.
Teinture de cannelle.........	4 grammes.
Teinture d'opium............	0,50 centigr.
Eau de cannelle.............	} ãã 15 grammes.
Eau simple..................	}
Sirop simple................	10 —

Toutes les six heures, on donnera une cuillerée à café pour un enfant au-dessous de 1 an, une cuillerée à dessert pour des enfants de 3 à 4 ans.

La *gomme kino*, le *cachou* peuvent être prescrits, soit en pilules, soit en potions.

---

(1) Voir *France médicale*, n° 27, p. 320.

Cachou pur.................... 0,10 centigr.
Sirop de gomme................ Q. S.

Pour une pilule. On donnera de 1 à 10 pilules dans les vingt-quatre heures.

Gomme kino.................... 1 gramme.
Eau........................... 100 —
Sirop de coings............... 30 —

Une cuillerée à café toutes les heures.

L'*extrait de ratanhia* (0,50 centigr. à 1 gramme 50) peut remplacer la gomme kino ou le cachou dans les préparations précédentes.

Les *lavements* ont dans cette maladie une grande importance, car, en même temps qu'ils entraînent les détritus contenus dans l'intestin, ce sont de véritables topiques appliqués sur les ulcérations. Les substances médicamenteuses que l'on y introduit sont d'ailleurs les mêmes que nous venons de passer en revue.

Extrait de ratanhia...... 0,25 à 0,50 contigr.
Eau...................... 100 grammes.

Au début cette dose sera suffisante et l'on y ajoutera, dans le cas de douleur, 1 à 2 gouttes de laudanum ; plus tard, la dose de ratanhia sera portée à 1 ou 2 grammes. On donnera les lavements, un le matin et un le soir ; on peut donner également le tannin ou la noix de galle.

Noix de galle................. 4 grammes.
Eau........................... 500 —

Faire une décoction de manière à réduire de 1/5. On divisera la quantité de liquide obtenue en deux ou trois lavements.

On peut également prescrire la feuille de noyer (15 gr.), la rose de Provins (10 à 15 gr.), la racine de tormentille, la racine de bistorte (mêmes doses).

Si les substances tirées du règne végétal ne donnent pas de résultats, on s'adresse aux minéraux :

Sulfate de zinc.......... 0,10 à 0,25 centigr.
Eau...................... 125 grammes.
Laudanum................. 1 à 2 gouttes.

Le sulfate de cuivre se prescrit à la même dose.

Nitrate d'argent......... 0,05 à 0,10 centigr.
Eau distillée............ 200 grammes.

Sous l'influence de ce traitement, la diarrhée diminue, les fonctions digestives se rétablissent, c'est alors que les toniques entrent en scène. (*A suivre*).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

—

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Séance du 26 août (matin).

M. *Carret* (de Chambéry) fait une communication sur l'*étiologie du goître* et se base sur ce fait résultant des statistiques, que le goitre ne se manifeste que suivant une ligne isotherme d'une certaine altitude. En Savoie, cette ligne passe à 1000 ou 1100 mètres sur les versants méridionaux et à 400 ou 500 mètres sur les versants septentrionaux. Pour M. Carret, la cause du goitre réside dans un microbe qui vit dans le sol, se retrouve dans les eaux potables et n'est à craindre qu'à certaines époques de l'année. La nature histologique de ce microbe est encore à trouver.

M. P. Landowski pense qu'il est bon de faire des réserves jusqu'au jour où ce microbe aura subi les épreuves expérimentales auxquelles on est actuellement occupé à le soumettre dans le laboratoire de M. Pasteur.

M. Bouloak Bachi attribue à l'eau un rôle important dans l'apparition du goitre en Algérie.

M. Decès (de Reims) rappelle qu'à l'époque où la population de cette ville n'était alimentée que par l'eau des puits creusés dans la craie, le goitre y était commun. Lorsqu'en 1846 on installa des fontaines amenant l'eau de la rivière, le goitre a diminué rapidement, puis a fini par disparaître.

M. Edward Landowski traite la question de la *prophylaxie de la tuberculose pulmonaire* en s'appuyant sur deux faits qui lui paraissent acquis : la contagion et l'inoculation de la tuberculose. On distingue très nettement aujourd'hui les tuberculeux et les phthisiques; aussi est-il nécessaire d'apprendre à reconnaître la tuberculose dès son début. M. Landowski rappelle les signes déjà exposés par tous les auteurs, puis il passe en revue les traitements à employer; parmi ces derniers, une cure climatérique tient naturellement la première place.

M. Henrot (de Reims) fait une communication sur la *lésion du système nerveux dans le myxœdème* M. Henrot à pu faire l'autopsie d'un malade mort de cette affection à l'hôpital de Reims, et il a constaté des lésions profondes et très étendues du système nerveux. Il a trouvé une hypertrophie du corps pituitaire, de la glande pinéale et du grand sympathique ; la moelle présentait des sortes d'écailles développées dans la pie-mère. Dans les autres organes on trouva des exostoses nombreuses, une hypertrophie du foie et des reins, une hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, et par contre une atrophie du cœur et de tout le système musculaire, et un rétrécissement très notable de tous les vaisseaux sanguins. Pendant

la vie il n'y avait pas de troubles viscéraux, mais une paralysie de la sensibilité générale et spéciale.

Pour M. Henrot, le myxœdème, ou hypertrophie mucoïde générale progressive, est caractérisé :

1° Par un œdème mucoïde du tissu cellulaire sous-cutané et du tissu sous-muqueux ;

2° Par une hypertrophie mucoïde des membres supérieurs et inférieurs, de la mâchoire inférieure, de la langue, du corps thyroïde, des ganglions lymphatiques, du foie, de la rate, des reins, des os, du grand sympathique, du corps pituitaire et de la glande pinéale ;

3° Par l'atrophie du cœur, des vaisseaux, du système musculaire de la vie de relation, et de la partie des centres nerveux qui préside aux phénomènes de l'intelligence et des sens ;

4° Par une anémie profonde, donnant à la peau l'aspect de la cire, sans leucocythémie.

En un mot, les sens végétatifs prennent une prépondérance absolue sur les centres de la vie de relation.

Pour M. Henrot, la lésion qui produit cette dégénérescence mucoïde générale du tissu conjonctif siège dans l'appareil hypophysaire, formé à la fois par une glande vasculaire sanguine et par l'anastomose supérieure des deux cordons du grand sympathique.

D'après une étude d'Owen, cet appareil est très développé dans l'état embryonnaire, chez les animaux qui, comme les poissons, font normalement beaucoup de matière mucoïde.

M. Henrot conclut ainsi :

La maladie décrite sous le nom de myxœdème ou cachexie pachydermique semble essentiellement constituée par un retour à l'état embryonnaire du tissu conjonctif sous-cutané, sous-muqueux et interstitiel général, sous l'influence de l'hypertrophie des centres végétatifs, et particulièrement du ganglion du grand sympathique et des glandes vasculo-sanguines qui y sont spécialement annexées, comme le corps pituitaire et la glande pinéale.

M. L.-H. Petit lit sur l'*étiologie de la variole hémorrhagique* un travail dont voici les conclusions :

Les altérations viscérales trouvées à l'autopsie des sujets morts de variole hémorrhagique doivent être considérées le plus souvent comme *causes* et non comme effets de cette forme de la variole. On pourrait en dire autant pour les autres formes dites *malignes* de cette affection et des autres affections médicales. Il convient toutefois de distinguer, dans ces altérations, entre celles qui sont anciennes (dégénérescences diverses, stéatose, sclérose, etc.) et celles qui sont récentes (hémorrhagies interstitielles).

Les lésions viscérales, causes ou effets d'un état morbide de l'organisme, agissent sur la variole comme sur les lésions traumatiques

par les modifications imprimées au sang et aux tissus, les capillaires en particulier.

Parmi les sujets prédisposés à la variole hémorrhagique, on peut ranger ceux qui ont présenté auparavant des affections du foie, de la rate, du cœur, des reins et peut-être du poumon, ou des affections capables de produire des altérations de ces viscères : rhumatisme, scarlatine, paludisme, alcoolisme, grossesse, etc.

On ne sait pas encore quel profit la thérapeutique pourra tirer de ces données étiologiques, mais on pourra porter un pronostic lorsqu'un sujet, présentant les conditions morbides ci-dessus énumérées, contractera la variole. Il est très probable que celle-ci prendra alors la forme hémorrhagique, sinon une autre forme grave.

MM. Armaignac (de Bordeaux), Rochard, Landowski rappellent la gravité de la variole chez les peuplades sauvages; pour eux, l'absence de vaccination serait la cause de cette gravité.

M. Duplouy (de Rochefort) présente un homme d'une cinquantaine d'années, atteint d'une *tumeur kystique du sein.* Il croit à un sarcome; M. Verneuil pense à une tumeur kystique. Une ponction exploratrice, faite après la séance, montre qu'il s'agit d'un abcès.

M. A. Voisin lit sur le *traitement de l'asphyxie par submersion* un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Une première et importante conclusion découle de ces faits: c'est la certitude à peu près absolue de rappeler à la vie des individus ayant fait sous l'eau ou entre deux eaux un séjour de quelques secondes à cinq minutes. Ceci constitue un grand progrès, car auparavant nous ne les sauvions guère dans Paris après trois minutes passées dans l'eau, et, de plus, les documents anglais de la *Life humane Society* apprennent que le terme de cinq minutes est un terme extrême, sauf de très rares exceptions ;

2° En second lieu, je suis arrivé à rappeler à la vie des individus ayant séjourné sous l'eau ou entre deux eaux plus de cinq minutes, jusqu'à vingt minutes ;

3° Et ces résultats sont obtenus non seulement sur des individus en syncope, mais encore sur des asphyxiés à la face et aux lèvres violacées, à la bouche ouverte et aux muscles masséters flasques ;

4° Je crois devoir ces résultats heureux à une installation excellente qui permet d'appliquer dans toutes ses règles la méthode de Sylvester, à des appareils caléfacteurs au moyen desquels on peut rappeler la chaleur sur toute la surface du corps du noyé ; à l'installation dans les pavillons de secours d'une baignoire et d'un appareil à douches froides ; à la possibilité de maintenir le patient dans son lit, pendant un nombre d'heures suffisant, après son rappel à la vie, et enfin à la faculté d'avoir un personnel discipliné, instruit et toujours prêt ;

5° Je souhaite, en dernier lieu, que les municipalités des villes maritimes ou riveraines de fleuves et de rivières installent des pavillons de secours aux noyés semblables à ceux de Paris.

M. Nepveu fait, à l'appui des idées de M. Verneuil, une communication sur les ***résultats de la résection pathologique du poignet***.

Ce n'est qu'au prix d'une enquête sérieuse sur les résultats ultérieurs éloignés de telle ou telle opération qu'on peut avoir une statistique intégrale.

M. Nepveu applique ces données à une soixantaine d'observations qu'il a recueillies dans la littérature médicale depuis la thèse de Follet (Paris, 1867).

Sur ces soixante opérés, il trouve une mort par pyémie ;

Deux morts rapides par méningite et pleurésie tuberculeuse au quinzième jour ;

Six amputations pour récidive de l'affection articulaire ;

Vingt et un résultats fonctionnels mauvais ou médiocres ;

Onze morts de phthisie survenues malgré l'opération dans un délai de six mois à quatre ans.

Au résumé, sur soixante opérés, quarante et un insuccès.

Ces résultats doivent rendre très réservé le chirurgien opérateur, surtout lorsque d'autre part le traitement rationnel de la diathèse et le traitement conservateur de la tumeur blanche du poignet par l'immobilité, la compresssion et la révulsion, produit assez souvent des résultats très favorables.

La séance, ouverte à huit heures du matin, est levée à onze heures et demie.

NOUVELLES

Asiles d'aliénés. — M. le Dr H. Taguet vient d'être nommé médecin en chef de l'Asile des aliénés de Bordeaux.

Les fasifications. — Des arrestations nombreuses sont faites depuis quelque temps parmi les laitiers pris par la sûreté en flagrant délit d'addition d'eau à leur marchandise. Dans le coffre d'une des voitures, une petite bouteille fut découverte, et les chimistes du laboratoire municipal furent chargés d'en analyser le contenu.

Pressé de questions, le marchand en défaut avoua qu'il se servait du liquide pour colorer la crème, et qu'une seule cuillerée suffisait pour cent litres. Il donna l'adresse de la maison où se vendait ce produit, et ce matin, sur l'ordre du parquet, un commissaire de police s'est transporté dans cet établissement et a opéré une saisie.

Hâtons-nous de dire que la liqueur que l'on a mise sous scellés n'a rien de nuisible ; mais, en revanche, elle a un caractère absolument répugnant. En effet, de l'analyse faite au laboratoire, il résulte qu'elle est composée de *rocou* et d'urine en décomposition. Le *rocou* vient des Indes

et d'Afrique; la pulpe des graines est de couleur jaune orange; c'est d'elle que l'on se sert pour colorer les beurres, le chocolat, etc. Mélangé comme nous venons de le dire, il est employé par les laitiers parisiens. Voilà, croyons-nous, qui donnera à réfléchir aux amateurs de crème.

D'ailleurs, l'urine est employée encore dans une autre falsification. Il se fabrique en effet par ce moyen, et sur une grande échelle, des alcools en tout semblables aux alcools de vins, offrant le même goût et les mêmes apparentes qualités. Les négociants qui se livrent à ce genre d'opération achètent l'urine en tonneaux et la traitent de telle sorte dans leurs cornues qu'elle présente l'aspect qu'elle affecte dans l'organisme lorsque l'homme est atteint du diabète. Ils extraient alors du glucose, et c'est avec cette matière sucrée qu'ils obtiennent des alcools. Où s'arrêtera-t-on dans la voie des falsifications?

Une pharmacie en 1752. — (D'après un document de M. Metzger.) Il s'agit des substances qui se trouvaient dans une pharmacie de Strasbourg en 1752.

Des bézoards, de la crotte de chien (*album græcum*) qui se vendait huit deniers la demi-once. Les ongles d'élan se cotaient 1,50 le gros.

Parmi les axonges, on voit celles d'oie, de chien, de chapon, de chat, d'homme, de lièvre, de couleuvre, de blaireau, d'ours et de vipère; celle-ci se vendait 10 sols le gros.

Un crapeau sec (*Buffonum ex-cicatorium*) valait 2 sols 8 deniers. Les dents de sanglier préparées, 1 sol 4 deniers le gros. — L'emplâtre de grenouilles avec le frai ou sans le frai à 4 sols la demi-once.

Viennent ensuite à des prix minimes : les vers de terre préparés : *lumbrici terrestres*, — les mâchoires de brochets (*mandibuli Lucii piscis*) 8 sols la demi-once, — l'huile de lézard (*oleum lacertarum*), — l'huile de vers de terre, — l'huile de frai de grenouilles ; ces huiles se préparaient par coction, expression, infusion et défaillance!

On se demande où les apothicaires achetaient leur provision d'os de cœur de cerf (*ossa de corde cervi*), qu'ils vendant 2 sols 8 deniers le gros?

Les poumons de renards préparés à 8 sols la demi-once (*pulmones vulpis preparatoe*) entraient dans la composition du loch de poumon de renard (*lohoch de pulmone vulpis*). Quel pouvait être l'emploi du sang de bouc préparé et pulvérisé valant 1 sol 4 deniers la demi-once?

(*Le Praticien.*)

Nécrologie. — M. le Dr Sauvé, de La Rochelle, vient de mourir à l'âge de soixante-dix-sept ans. M. le Dr Gustave Drouineau, médecin de l'hôpital de La Rochelle, a prononcé un long discours sur sa tombe.

— Le Dr Mauxion (Pierre-Félix) est décédé à Angoulême, le 12 août, dans sa soixante-troisième année.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. Parent, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

[ING]T-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. — N° 30 — MARDI 12 SEPTEMBRE 1882

LA [F]RANCE MÉDICALE

[B]UREAUX
On s'abonne chez
[DEL]AHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

[Ad]resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
[Le]s ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Le]s Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 30 Mardi 12 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINEAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*suite*) (1),

Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

Les conclusions qui résultent des expériences d'hématologie faites avec mon interne, M. Hamonic, montrent les avantages indéniables du traitement de la syphilis par les injections de peptone mercurique. Aussi, je ne crains pas de l'affirmer, cette méthode thérapeutique est la meilleure et s'impose d'elle-même. Je vais plus loin, le médecin chargé d'un service nosocomial civil ou militaire serait blâmable de ne pas l'adopter. En effet, elle abrège singulièrement la durée des manifestations de la syphilis et par suite les journées de traitement; elle constitue par conséquent une économie sérieuse pour les administrations de bienfaisance et pour le budget de l'Etat. Elle force en outre le malade à subir complètement son traitement et supprime, d'un seul coup, toutes les supercheries dont le médecin est si souvent victime dans les hôpitaux. Pour bien se rendre compte des économies que feront en l'adoptant les administrations hospitalières, il suffit de consulter l'ouvrage de M. le professeur L. Collin (du Val-de-Grâce). Cet éminent médecin nous apprend, en effet, que sur 10,000 journées de traitement, 2,000 en moyenne reviennent à la syphilis. La somme des journées de traitement dans les hôpitaux militaires ou hospices civils assimilés pour maladies vénériennes s'élève sur un effectif de 300,000 à 350,000 hommes, à un chiffre variable de 12 à 1,500,000. Annuellement donc, il y a trois à quatre fois plus de journées consacrées au traitement de la syphilis, qu'il n'y a d'hommes sous les drapeaux. En fin de compte, le total des journées de traitement des vénériens équivaut chaque année au service de l'armée entière pendant trois à quatre jours.

On voit, par ces chiffres éloquents, combien est grand l'intérêt pour l'état de diminuer les journées de traitement de la syphilis dans l'armée. Je n'ai pas besoin d'insister pour montrer la nécessité de choisir le traitement le plus actif et en même temps le plus sûr et le plus énergique.

Une question se pose. Les injections hypodermiques sont-elles applicables à tout individu atteint de syphilis? En principe, oui. En

(1) V. *France médicale*, nos 17, 18, 20, 22, 23, 26 et .

pratique, il y a quelques exceptions. J'en ai reconnu surtout deux. Chez certaines personnes hystériques, la peau est le siège d'une hyperesthésie telle, que la moindre piqûre, le plus léger pincement produit une douleur intense, une attaque d'hystérie ou une syncope. Dans ces cas, les injections ne peuvent être pratiquées, non parce que le liquide amène une action caustique, mais bien parce que la peau est hyperesthésiée; il faut recourir à une autre médication. La deuxième exception provient de l'âge du malade. Chez l'enfant, la pusillanimité est telle que le médecin doit renoncer aux injections. L'enfant, en effet, peut être pris de convulsions dues à la légère douleur provoquée par l'introduction de la canule dans la peau; en outre, il crie, il pleure; aussi le médecin doit éviter, dans son intérêt, de provoquer les cris de l'enfant en présence surtout de la mère. Pour ces motifs, il est préférable d'employer les frictions mercurielles.

J'ai, dans mes trois mémoires, indiqué l'historique des injections sous-cutanées des préparations mercurielles; j'ai signalé les diverses formules employées. Je n'y reviens pas.

Dernièrement, M. Galezowski a expérimenté le cyanure de mercure en injections sous-cutanées, à la dose de 5 ou 10 milligrammes, dans les cas de manifestations oculaires syphilitiques. Dans une note communiquée à l'Institut, il a avancé que ce sel a une énergie supérieure à celle des autres préparations. J'ai eu plusieurs fois occasion de traiter des iritis syphilitiques, et j'ai eu un succès complet avec la peptone mercurique ammonique. De plus, avec cette préparation, je n'expose pas le malade aux dangers que comporte le cyanure de mercure. Mon collègue, M. Blachez, a obtenu les mêmes succès que moi.

M. le Dr Thomann (de Graz), en 1881, a expérimenté les injections d'iodoforme. Voici sa formule :

Iodoforme.............	6 grammes.
Glycérine	20 —

Il commence par injecter 30 centigrammes; au bout de quelques jours il injecte 75 centigrammes d'iodoforme. D'après cet auteur, les manifestations syphilitiques rétrocèdent assez rapidement. Il n'y a pas d'abcès au point piqué. On n'observe qu'une douleur légère. Si on emploie une solution huileuse, on peut observer de la rougeur érysipélateuse locale. Les solutions d'iodoforme doivent être employées récemment préparées; sans cela l'iode est mis en liberté et produit de violentes douleurs.

De tout temps, les médecins ont cherché des succédanés au mercure. Leurs recherches ont été infructueuses et le seront probablement longtemps encore. Toutefois, ils ne perdent pas courage et

nous voyons tous les ans surgir de nouveaux médicaments. C'est ainsi que le Dr Coyner (de Baltimore) attribue au Cascara amarga (écorce de Honduras) des propriétés antisyphilitiques énergiques. Ce médicament est employé à la dose de 45 gouttes d'extrait fluide, trois fois par jour. Ce médicament serait un puissant tonique qui augmenterait la nutrition ; il aurait, en outre, la propriété d'éliminer le virus syphilitique. Il est probable que cet agent thérapeutique n'a aucune propriété spécifique. C'est un simple tonique et agit comme tel

Le Tayuya a été employé par Geber (de Klausenburg), intus et extra. Mais on ne lui reconnaît aucune action, ainsi que s'en est assuré le Dr E. Rasori (de Rome).

32 fois, Lewin (de Berlin) a fait usage de la pilocarpine. Il l'a employée pendant trente-quatre jours en moyenne dans chaque cas. Sous son influence, dit cet auteur, les manifestations s'amenderaient et les récidives seraient rares (22 pour 100). Tous ces divers médicaments n'ont reçu aucune sanction ; on ne peut considérer comme succédanées de mercure les substances que je viens de mentionner.

Le traitement de la syphilis, ai-je dit, comporte trois médications : celle par le mercure, celle par l'iodure de potassium, et celle par les sulfureux. Vous connaissez la première, abordons la deuxième. J'administre l'iodure de potassium dès la première année, et je le fais alterner avec l'hydrargyre. C'est un antisyphilitique aussi puissant que le mercure, mais qui demande pour bien agir d'être précédé du traitement mercuriel. La première année, je donne l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour. On n'a guère besoin d'élever la dose dans les années ultérieures. Cependant parfois on est obligé de « frapper vite et fort », c'est lorsqu'on se trouve en face d'un malade qui ne s'est jamais soigné et qui est atteint d'accidents graves vasculaires, cérébraux, rénaux, hépatiques, etc. En quelques jours ou même d'emblée, il faut porter à 6 grammes la dose d'iodure de potassium. Il est à remarquer que plus les doses sont élevées, plus la tolérance est grande. Souvent les très faibles doses amènent des accidents d'iodisme. C'est là un fait clinique qui ne s'explique pas. Pour éviter les accidents gastro-intestinaux, j'ai expérimenté la peptone ioduré-potassique préparée par M. Delpech. Les résultats ne sont pas assez nets, assez nombreux pour que je vous les fasse connaître. Je poursuis mes expériences et je serai bientôt à même de dire s'il y a avantage à donner l'iodure de potassium en injections hypodermiques.

Quant à la troisième médication, celle par les sulfureux, je la commence à la fin de la deuxième année, c'est-à-dire à la fin de la période active de la syphilis. Employée avant, comme on a le tort de le faire quelquefois, on active les manifestations cutanées et muqueuses. Je prescris surtout les eaux de Luchon, d'Aix-les-Bains

de Barèges, de Challes. Les trois premières sont sulfureuses, la quatrième est sulfureuse et bromo-iodurée. On peut de même ordonner au malade les eaux sulfatées et bromo-iodurées de Bondonneau, récemment exploitées dans la Drôme. Toutes ces eaux ne sont pas curatives, mais elles sont un excellent adjuvant du traitement mercuriel, en favorisant l'action du mercure et de l'iodure de potassium et en augmentant la tolérance.

Contrairement à l'opinion de MM. Spilmann, Jullien et Fournier, je considère les eaux sulfureuses comme constituant un excellent moyen pour déceler la syphilis. Elles servent de pierre de touche lorsque les malades sont soumis aux étuves d'Aix-les-Bains et de Luchon. De nombreux exemples confirment de plus en plus cette opinion émise depuis longtemps par les médecins qui exercent auprès de ces stations minérales.

Vous m'avez vu parfois faire usage des eaux sulfureuses pendant le cours de la première année de la syphilis, alors que j'administrais le mercure par la voie stomacale. Un assez grand nombre de malades, en effet, ne peut tolérer le mercure administré par les voies stomacale, pulmonaire ou cutanée. Le médicament n'a pas d'action. La syphilis résiste. C'est alors qu'une eau sulfureuse sagement administrée favorise la tolérance et l'action de l'hydrargyre. A Paris, j'ordonne surtout l'eau de Challes qui s'exporte sans s'altérer, car elle est froide (on sait que toute eau minérale chaude s'altère plus ou moins par l'exportation; par le refroidissement elle perd de sa minéralisation).

Actuellement, vous ne me voyez plus recourir à ce moyen. Avec les injections de peptone mercurique, la tolérance est parfaite, et l'action mercurielle est réelle.

D'une façon générale, on peut dire que les sulfureux activent la nutrition, et favorisent par cela même l'action curative du mercure.

En même temps que le traitement spécifique, il faut prescrire un régime tonique (quinquina, fer, *café nègre*). Le *café nègre* se prend sous forme de poudre ou d'élixir. C'est une *casse* qu'on réduit en poudre et qu'on laisse infuser comme le café. On en donne une tasse après le repas. Pour préparer l'infusion, on verse une tasse d'eau bouillante sur trois cuillerées à café de poudre. On filtre et on sucre. C'est un reconstituant puissant, que j'ai employé avec succès dans la chlorose, la phthisie pulmonaire, la cachexie paludéenne, etc. Les noirs l'emploient beaucoup comme tonique.

L'hydrothérapie, les bains de mer sont très salutaires. Ce sont des reconstituants qui aident à l'action et à l'élimination du mercure.

La vie doit être calme, régulière. Il est bon de prescrire un exercice modéré et le séjour à la campagne. Le malade doit éviter les refroidissements, porter de la flanelle, prendre souvent des bains

généraux tièdes, des bains de son ou d'amidon, afin d'activer les fonctions de la peau. Les boissons fortes, surtout la bière et l'alcool, doivent être absolument défendues.

Les viandes rôties et les légumes frais constituent la base de l'alimentation.

J'ai terminé, Messieurs, la première partie de mon sujet, c'est-à-dire la thérapeutique de la maladie générale de la syphilis.

Je vais m'occuper maintenant de la deuxième partie, la thérapeutique du malade, celle qui a pour but de modifier le terrain sur lequel la syphilis est venue se greffer. Elle est variable suivant la diathèse, la maladie constitutionnelle, la misère physiologique, la profession, etc. Toutes ces conditions, nous l'avons vu, modifient la marche et les manifestations de la syphilis; elles réclament un traitement général parallèle au traitement spécifique.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de la diarrhée chronique des enfants (*suite et fin*) (1). — *Toniques.* — Les *préparations de quinquina* tiennent la tête. M. Archambault préfère le *sirop de quinquina au vin.* Le vin de quinquina est souvent mal supporté par les enfants et leur donne des aigreurs, des pincements d'estomac, et diminue l'appétit, loin de l'exciter. Ce sirop se donne à la dose de 3 à 4 cuillerées à dessert.

On prescrira encore l'extrait de quinquina.

Julep gommeux...........	60 grammes
Extrait de quinquina.......	0,50 centigr. à 1 gr.

La *potion de Gelis* à la racine de colombo peut être utilement ordonnée. Voici sa composition :

Racine de colombo..............	2 grammes.
Eau...........................	90 —
Sirop de cannelle................	15 —

Enfin, il est un médicament que l'on prescrit trop rarement chez les enfants : c'est le *fer*. M. Archambault l'administre assez souvent, et le plus ordinairement sous forme de gouttes, perchlorure de fer, teinture de Mars ; les *narcotiques* ici ne réussissent pas. On les associe aux potions, aux lavements pour combattre la douleur plutôt qu'on ne cherche à s'en servir d'une façon directe contre la diarrhée chronique.

Les *stimulants* rendent encore des services lorsque l'appétit reste languissant. A tous, M. Archambault préfère la bonne eau-de-vie par demi-cuillerée à café pour des enfants de 3 à 4 ans, en y associant

(1) Voir *France médicale*, nos 27 et 29.

une quantité d'eau et de sucre nécessaires pour éviter une sensation pénible sur la muqueuse buccale et pharyngienne.

L'élixir de Garus, les vins d'Espagne sont dans le même cas.

Enfin, certaines pratiques externes complètent fort bien le traitement : ce sont les *frictions* et les *bains sulfureux*. Les frictions sont faites à sec avec un gant de laine ; ou bien on emploiera quelque liquide analogue à celui-ci :

Alcoolat de genièvre ou de lavande.	250	grammes.
Sulfate de quinine...............	2	—

Avec un gant de laine, on fait matin et soir une friction du haut en bas du corps de manière à amener une légère rubéfaction de la peau. Les bains sulfureux sont également indiqués.

Le *changement d'air* sera encore un adjuvant très puissant. L'enfant se trouvera fort bien d'être envoyé à la campagne, principalement au bord de la mer, où les forces reviendront beaucoup plus rapidement.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

—

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Séance du 26 août (soir).

M. le Dr *Leclerc* (de Rouillac) communique une observation de *gangrène du pied traitée par le thermo-cautère*. Un malade éprouvait constamment une sensation de froid dans les pieds depuis une fièvre typhoïde survenue en 1875. Au mois de février dernier, il commença à se plaindre d'une douleur avec légère augmentation de volume dans le gros orteil du pied droit.

Le 26 mars les premiers accidents de gangrène se montrèrent et furent traités par le thermo-cautère et les bains locaux phéniqués. Bientôt le froid augmenta et les orteils revêtirent une teinte grise ; le 16 avril M. Leclerc dut ouvrir un petit abcès sur la face dorsale du pied. Le 30 il fit l'ablation des métatarsiens avec le thermo-cautère ; il y eut après cette opération une amélioration notable, mais dans le courant du mois de mai il se forma sur le dos du pied une nouvelle plaque gangréneuse qui put être limitée par un sillon contournant complètement les parties sphacélées. M. Leclerc fut enfin obligé de réséquer les fragments nécrosés des cunéiformes et du cuboïde et depuis le 21 juin le malade s'est constamment amélioré. Il marche maintenant avec des béquilles.

M. Henrot rapporte une observation qui a beaucoup d'analogie avec la précédente. Il s'agit d'un homme de quarante ans chez lequel la gangrène succéda à un rhumatisme articulaire.

M. Henrot dut enlever le gros orteil, mais des fusées purulentes se montrèrent sur le dos du pied. M. Decès pratiqua avec le thermocautère de larges incisions à la face supérieure et à la face inférieure du pied, et il enleva ensuite le troisième puis le deuxième orteils. Le malade, soumis aux pansements antiseptiques, guérit lentement. Aujourd'hui il commence à marcher un peu.

M. Prompt a recherché la *valeur de l'expérience de Scheiner dans ses rapports avec la théorie de l'accommodation*. Il trouve que cette expérience ne prouve nullement l'existence de l'accommodation. MM. Armaignac, Dransart, Gayet et Boucheron prennent part à cette discussion.

M. Vovard, de Bordeaux, expose son mode de traitement de la méningite chez les enfants. Il prescrit l'iodure de potassium; en même temps il fait raser la tête de l'enfant et il répand sur le cuir chevelu, à l'aide d'un pinceau, une couche d'huile de croton tiglium; il renouvelle ces applications trois fois par jour jusqu'à ce qu'il obtienne une éruption pustuleuse abondante. Il fait ensuite coudre dans un petit bonnet, afin d'éviter leur déplacement, des feuilles de poirée qu'on recouvre de pommade épispastique au garou, et le bonnet est mis sur la tête de l'enfant. Il insiste sur ce point qu'il faut entretenir la suppuration jusqu'à ce que le malade ne donne plus d'inquiétude.

La fréquence relative des guérisons obtenues de cette manière lui fait croire qu'en dehors de la méningite tuberculeuse il y a chez les enfants un grand nombre de cas de méningites strumeuses, lymphatiques, scrofuleuses.

Trois processus morbides principaux, selon lui, peuvent déterminer la méningite des enfants :

1° Le processus inflammatoire, qui peut résulter d'une insolation, d'une contusion du cerveau, d'une excitation par action réflexe, comme celle qui résulte d'un travail de la dentition, etc.;

2° Le processus strumeux, lymphatique (c'est le processus qui détermine le plus grand nombre de méningites);

3° Le processus tuberculeux.

Les deux premières formes de méningite sont assez souvent curables avec un traitement énergique.

La dernière est peut-être toujours incurable.

M. R. Le Clerc se demande si, dans les cas de M. Vovard, il s'agit bien de méningite, et il rapporte à ce sujet l'observation d'un enfant considéré comme atteint de méningite tuberculeuse et qui a guéri très rapidement. Il n'avait en réalité qu'une fièvre de croissance; en huit jours, il avait grandi de 9 centimètres.

M. Duplouy pense que les faits de ce genre sont plus nombreux qu'on ne le pense.

M. Vovard répond que ses observations ont bien trait à des malades atteints de méningite ; dans trois cas, il y a eu paralysie.

M. de Musgrave-Clay cite le fait d'un enfant de 12 ans qui, après avoir présenté le tableau classique de la méningite tuberculeuse et être resté pendant dix ou douze jours dans un état presque comateux, a fini par guérir, pour ainsi dire sans traitement.

M. Leudet rapporte les observations de trois malades méningitiques guéris et qui sont morts plus tard d'accidents tuberculeux.

M. *Rigabert* (de Port-d'Envaux) rapporte deux cas de *pullulation vaccinale généralisée.*

M. *Ch. Monod* lit un travail sur la *Cure des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales.*

Le procédé de l'auteur consiste à inciser la fistule et le périnée dans toute sa hauteur et à réunir ensuite par première intention.

M. *Duplouy* (de Rochefort) pratique des *injections interstitielles d'acide acétique dans l'epithélioma.* Il fait des injections sur tout le pourtour de la zone néoplasique. Les douleurs sont très vives après chaque séance ; trois séances suffirent dans un cas d'épithélioma de la langue, et quatre jours après la troisième la tumeur se détachait.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

BIBLIOGRAPHIE

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, par *A. Nélaton*, 2e édition, tome V, revue par *Armand Després*, in-8°, 844 pages avec 61 figures dans le texte. Paris, Germer-Baillière et Ce, 1882.

La seconde édition de l'ouvrage de Nélaton vient de subir une transformation nouvelle et de passer dans les mains de MM. A. Després, Horteloup et Gilette qui doivent la mener rapidement à bien. Le cinquième volume vient de paraître ; le sixième et dernier est annoncé comme devant paraître dans quelques mois.

Ce cinquième volume est entièrement dû à M. A. Després. Il comprend les affections de la poitrine, de l'abdomen, de l'anus, du rectum et de la région sacro-coccygienne. Mettre un pareil livre au courant de la science est une tâche délicate et difficile. Il est impossible de faire paraître un ouvrage d'aussi longue haleine assez rapidement pour qu'il ne se fasse rien de nouveau et d'important pendant sa publication même. Néanmoins, M. Després a modifié, dans un grand nombre de points, l'œuvre primitive, et il y a fait de nombreuses additions, que, fidèle élève du maître, il pouvait tirer de ses notes et de ses souvenirs personnels. On connaît, d'autre part, la réserve avec laquelle M. Després accepte les idées nouvelles ; on ne trouvera donc proposés dans cet ouvrage ni les nouveaux modes de

pansement, ni les procédés opératoires qui ne lui paraissent pas avoir suffisamment acquis la confirmation de l'expérience.

A. CH.

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1877 et 1878, par le Dr *Péan*, un vol. in-8°, 1064 pages avec 53 figures dans le texte. Paris, Germer Baillière, 1882.

Cet ouvrage forme le troisième volume des leçons cliniques de M. Péan, dont la publication a commencé en 1876. Le nombre des matériaux contenus dans ce livre est considérable, nous ne pouvons même énumérer les titres des leçons qu'il renferme.

M. Péan place en tête de son ouvrage les leçons qui ont un caractère théorique ou qui ont pour but de discuter un fait nouveau. Telles sont ses leçons sur le mal plantaire perforant, sur les affections des synoviales tendineuses, sur les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, les accidents psychiques d'origine traumatique, l'hématome de la cloison nasale, les tumeurs mélaniques de la conjonctive, certaines déformations consécutives aux traumatismes du membre inférieur, les rétrécissements du rectum et l'anesthésie chirurgicale.

Dans une deuxième partie se trouvent un grand nombre d'observations ayant trait aux plaies et aux contusions, aux maladies des os, aux maladies des articulations et de leurs annexes, aux maladies des organes des sens (yeux, oreilles, nez, langue), aux maladies des vaisseaux du tube digestif, des organes génito-urinaires, enfin aux maladies des régions.

M. Péan publie, à la fin de ce volume, la statistique et le résumé de ses opérations de gastrotomie et d'hystérectomie.

A. CH.

CORRESPONDANCE

M. le Dr Perron (de Besançon), nous adresse, au sujet de l'analyse de sa brochure publiée dans notre numéro 27, une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

« Vous avez eu la bonté d'analyser la brochure que j'ai eu l'honneur de vous adresser il y a quelques semaines. Cette brochure a été imprimée par les soins de la Société locale des médecins du Doubs et insérée dans le bulletin de ladite société. Il n'a pas été fait de tirage à part, si ce n'est de 50 exemplaires délivrés à l'auteur de tout travail imprimé. Cependant, comme votre analyse m'a valu la demande de plusieurs confrères qui désireraient se procurer mon petit travail, je

ne puis répondre à tous, et vous prie d'informer les lecteurs de la *France médicale* :

« Que la brochure sur l'*Honnêteté professionnelle* n'est pas en vente ;

« Qu'elle a été envoyée dans le bulletin de la Société locale des médecins du Doubs à toutes les sociétés de France affiliées à l'association générale ;

« Que j'autorise qui voudra, journaliste ou publiciste quelconque, à l'éditer ou à la reproduire ;

« Qu'elle est aussi bien destinée à moraliser le client que le praticien, qu'elle est même surtout destinée à moraliser le client, en lui faisant toucher du doigt les devoirs très délicats de notre profession. »

Voici d'autre part un fragment de lettre de M. le Dr de Musgrave Clay (de Pau) au sujet du compte rendu de la première séance du congrès de la Rochelle.

« Je viens de lire le compte rendu que vous avez bien voulu publier de ma communication au congrès de la Rochelle (*France médicale*, n° 26, p. 306) et j'y trouve une inexactitude plus grosse qu'elle ne le paraît, et que je serais heureux de voir rectifier. Il y est dit que j'ai employé « l'ergot de seigle à l'intérieur *et l'immobilisation* momentanée » chez mon petit malade. Or, je n'ai pas eu recours à l'immobilisation, même momentanée : et je tiens à le constater, parce que, si quelque chose tend à prouver l'utilité du seigle ergoté dans le cas en question, c'est précisément son emploi à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique. »

NÉCROLOGIE

On annonce la mort de M. le Dr O. LABADIÉ, ancien maire de Narbonne, élu député de l'Aude en 1881. Il avait été nommé député à la Chambre précédente dans la dernière année de la législature; mais, à raison de son état de santé, il ne s'était pas représenté aux élections du 21 août 1881. M. Labadié avait siégé à l'extrême gauche. Il était parent de l'ancien député de Marseille, son homonyme.

— Le doyen des médecins de France, M. le Dr DORIN, vient de mourir à Châlons-sur-Marne. Il allait atteindre dans quelques semaines sa quatre-vingt-quatorzième année.

Par testament, il lègue à la ville sa bibliothèque médicale et sa belle collection ornithologique.

— On nous annonce la mort de M. DEGRAEVE, pharmacien en chef de la Salpêtrière. M. Degraeve avait trente ans à peine, et il tombe frappé par la tuberculose pulmonaire. Il avait été reçu le premier au concours de l'internat en pharmacie en 1875.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des prix de l'internat.* — Le jury du concours pour les prix de l'internat (médaille d'or et médaille d'argent), qui commencera le 3 novembre prochain, est ainsi constitué : MM. Oulmont, Guyon, Bucquoy, Horteloup, Richelot, Hutinel, Moizart.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Par arrêté en date du 31 août, le nombre des places d'agrégés près les facultés de médecine, mises au concours par l'arrêté du 20 mai 1882, est porté de quarante-neuf à cinquante.

Cette cinquantième place sera comprise dans la section d'accouchements et sera réservée à la faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Par décret en date du 7 septembre 1882, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle serait ouvert le 12 mars 1883 à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LE CHOLÉRA a encore fait de nombreuses victimes à Manille.

170 Indiens sont morts du terrible fléau.

Dans les villages voisins de Manille, on signale 279 décès.

De plus, le choléra qui règne en ce moment dans l'extrême Orient a atteint notre colonie de Cochinchine. D'après les dernières nouvelles, l'épidémie ne frappe guère que les indigènes. A la date du 4 septembre, huit Européens seulement avaient été atteints, trois avaient succombé. Toutes les précautions avaient d'ailleurs été prises d'avance pour combattre le fléau dont les progrès à Manille et dans l'Annam faisaient prévoir l'invasion.

CONGRÈS DE GENÈVE. — Le congrès d'hygiène et de démographie de Genève vient d'inaugurer ses séances, dans les bâtiments de l'Université.

La France, l'Italie, l'Allemagne, l'Espagne, la Roumanie, la Hongrie, les Pays-Bas, la Serbie, la Suède, le Mexique, le Portugal, la Bulgarie, le Canada sont représentés à cette session, où plus de cinq cents participants se sont fait inscrire.

Parmi les représentants de la France, citons MM. les Drs Brouardel, Gariel, Fauvel, Proust, Collin, Vallin, Rochard, Galtier, Liouville, Vidal, Cornil, Loiseau, Napias, Bourneville.

M. Durand-Claye a été spécialement chargé d'organiser la participation de la Ville de Paris à l'exposition de démographie qui doit être annexée au congrès international d'hygiène. La municipalité parisienne a déjà envoyé à Genève des modèles des principaux appareils en usage dans le service de l'assainissement, un plan général de la canalisation souterraine, des statistiques diverses, etc.

Les autres municipalites qui seront représentées au congrès pourront trouver dans cette exposition d'utiles renseignements.

La première séance a été terminée par l'élection des présidents honoraires.

Les noms de MM. Pasteur et Fauvel ont été proclamés les premiers.

Les différents présidents d'honneur élus ensuite ont remercié l'assistance en leur propre nom et au nom de leur pays. Tous l'ont fait dans la langue adoptée, le français, à l'exception du Dr Varrentrap, de Francfort, qui a parlé en allemand, à la surprise générale, et sur quoi le vide a commencé à se faire dans la salle.

Nous rendrons compte dans un prochain numéro des principales communications faites à ce congrès.

COMMISSIONS MUNICIPALES SCOLAIRES instituées par l'art. 5 de la loi du 28 mars 1882 sur l'obligation de l'instruction primaire pour surveiller et encourager la fréquentation des écoles. — Parmi les membres de ces commissions, nous remarquons un certain nombre de médecins et de pharmaciens, ce sont :

Ier arrondissement. — MM. les Drs Lataste et Dubrisay.

IIIe arrond. — M. le Dr Chautemps.

IVe arrond. — MM. les Drs Farraton et Loiseau ; M. E. Ferrand, pharmacien.

VIIe arrond. — M. Vigier, pharmacien.

VIIIe arrond. — M. le Dr Gonnard.

Xe arrond. — MM. les Drs Rotillon, Suberbie et Lefebvre.

XIVe arrond. — M. Lhotte, pharmacien.

XVIIe arrond. — M. le Dr Séailles.

XXe arrond. — M. le Dr Daumas.

Ces membres sont élus par le conseil municipal, sauf un par arrondissement nommé par l'inspecteur d'académie.

CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. le Dr JOFFROY, professeur agrégé (suppléant M. le professeur G. Sée) fait ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, les mercredis et samedis matin, à 10 heures.

M. le Dr RICHELOT, professeur agrégé (suppléant M. le professeur Richet) fait ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, les mardis et vendredis matin, à 10 heures.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 1er au 7 septembre* 1882. — Fièvre typhoïde, 63. — Variole, 5. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 59. — Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 67.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 50.

Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 87 ; au sein et mixte, 54 ; inconnu, 7. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 69 ; l'appareil circulatoire, 48 ; l'appareil respiratoire, 44 ; l'appareil digestif, 41 ; l'appareil génito-urinaire, 29 ; la peau et du tissu lamineux, 11 ; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 18. — Causes non classées, 3. — Nombres absolus de la semaine, 934.

Résultats de la semaine précédente : 1,008.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

...PRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 31 JEUDI 14 SEPTEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 31 Jeudi 14 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 13 *septembre* 1882.

Les académiciens entrent peu à peu et lentement dans la salle. Un membre du bureau, M. Bergeron, occupe son fauteuil; un ancien président, M. Bouley, prend le fauteuil présidentiel. M. J. Guérin présente une note lue par lui à l'Académie de médecine de Belgique; M. Onimus lit un court travail sur la contractilité des vaisseaux lymphatiques de la peau, et M. Brame (de Tours) propose un traitement de l'ophthalmie purulente qui lui est tout particulier. Puis la séance est levée, avant quatre heures, et l'on repart en vacances, jusqu'à mardi prochain. A. Ch.

HÔPITAL DU MIDI. — SERVICE DU Dr HORTELOUP.

Adénite chancreuse.

Leçon recueillie par M. Wickham,

Interne du service.

Vous vous rappelez que dans la dernière leçon je vous ai signalé les diverses variétés d'adénite accompagnant les chancres simples. Je vous ai dit que les ulcérations susceptibles d'ouvrir un vaisseau lymphatique donnaient facilement naissance à l'adénite chancreuse par transport du pus virulent. Aujourd'hui je terminerai l'histoire du bubon chancreux.

Certains auteurs avaient pensé que la dimension des chancres influait sur le développement des bubons ; il n'en est rien. Les chancres les plus petits peuvent être suivis des adénites les plus graves.

Généralement, comme je vous l'ai signalé, c'est dix ou quinze jours après l'apparition du chancre, que les phénomènes inflammatoires apparaissent dans l'aine ; cependant cette règle est loin d'être absolue, aussi vous ne devrez pas vous étonner si un bubon se développe un mois et même deux mois apres la cicatrisation de l'ulcération des organes génitaux.

Dernièrement nous avions dans le service un malade dont le cas rentrait dans les exceptions que je vous signale. Au mois de janvier il a un chancre simple du frein, et ce n'est que dans le milieu d'avril qu'un ganglion inguinal s'est enflammé et a nécessité par cela même son admission à l'hôpital. Il faut donc admettre que le pus virulent est resté plusieurs mois dans la trame ganglionnaire sans la léser.

Le diagnostic de l'adénite chancreuse est souvent facile.

L'abcès n'est pas ouvert, on remarquera que sa paroi est amincie, violacée, en un mot qu'elle présente des caractères de mortification. A cet aspect, on se doute que le pus est loin de présenter les mêmes propriétés que celles du pus provenant des abcès purement inflammatoires ; d'ailleurs je vous en ai dit un mot dans la dernière séance.

A-t-on fait une incision avec le bistouri au niveau de l'adénite? Les bords de la plaie seront ulcérés, dentelés, ou bien ils seront amincis, et seront réduits ainsi que toute la paroi antérieure à une véritable feuille de papier.

L'ouverture a-t-elle été spontanée? La paroi de l'abcès présente un véritable crible ; on y voit trois, quatre ouvertures, lesquelles ne tardent pas à s'agrandir et à se rejoindre, de telle sorte qu'en somme, quelle qu'ait été la conduite du chirurgien vis-à-vis d'une adénite chancreuse, cette dernière finit par avoir tous les caractères des chancres simples.

Cependant il est des cas, rares il est vrai, dans lesquels le travail ulcératif semble s'amender. Le pus est évacué au dehors, les parois de l'abcès se recollent, et l'adénite guérit comme une adénite simple.

J'arrive au traitement. Dès que le pus sera collecté, vous devrez sans hésiter faire une large incision au bistouri, appliquer des cataplasmes pendant quarante-huit heures et ordonner des lavages phéniqués deux fois par jour. Dans les cas heureux, la guérison s'effectuera sans intervention nouvelle. Mais le plus souvent les parois de l'abcès, au lieu de se recoller, augmenteront plutôt d'étendue, des clapiers se formeront dans les parties déclives, rongeant pour ainsi dire les tissus voisins ; alors une nouvelle opération sera nécessaire. Avec des ciseaux, vous réséquerez franchement les lambeaux cutanés, et vous obtiendrez ainsi une plaie à ciel ouvert dont le pansement sera commode à faire et à renouveler.

D'une manière générale, vous serez obligés d'ébarber votre bubon après l'avoir incisé; aussi êtes-vous peut-être étonnés de ne pas m'entendre vous conseiller de faire immédiatement la seconde opération après la première. C'est que souvent la cavité où l'abcès se rétracte, et que l'on ne se trouve pas forcé de faire une plaie aussi vaste que celle que l'on aurait faite dès l'abord.

Quels sont les topiques que vous emploierez? Avant tout, il faut éviter les corps gras ainsi que les préparations mercurielles : sous l'influence de ces médicaments, les plaies s'étendent, et même parfois prennent un aspect phagédénique. Nous voyons souvent à la consultation le résultat de cette déplorable médication ; en ville, le diagnostic de chancre syphilitique est souvent posé d'une manière trop hâtive, des applications d'onguent napolitain sont recommandées et le chancre, au lieu de se cicatriser, dévore de plus en plus les tissus circumjacents.

Le vin aromatique, les solutions de nitrate d'argent ont produit de bons effets, mais le topique par excellence est l'iodoforme. Cette poudre isole les surfaces purulentes, les sèche, pénètre dans leurs moindres anfractuosités ; en dernier lieu, elle diminue considérablement la douleur. Le seul inconvénient est l'odeur excessive qu'elle répand; à l'hôpital on peut n'y prendre pas garde, mais au dehors le malade devient un foyer d'infection pour ceux qui l'entourent; aussi, dans votre clientèle, vous n'userez de ce moyen que lorsque vous aurez essayé des autres, et que vous en aurez reconnu l'inefficacité. Parmi ceux-là, je vous recommanderai le pansement phéniqué avec badigeonnage iodé tous les matins : c'est là un mode de pansement qui vous rendra de réels services, mais qui, je vous le répète, ne devra pas vous faire rejeter la poudre d'iodoforme.

Le pronostic du bubon chancreux est toujours d'une certaine gravité. Tandis que l'adénite simple peut se guérir complètement en quinze jours, l'adénite chancreuse réclame au moins quatre semaines de traitement. En effet, des accidents entravent quelquefois sa marche : le phagédénisme est celui qu'il importe que vous connaissiez. Voici trois pièces différentes qui vous feront comprendre les divers modes d'invasion de cette complication des bubons :

Sur l'une, vous remarquerez que la lésion a été progressive; sur la seconde, la destruction a été complète ; sur la dernière, enfin, les tissus se sont gangrenés, et des plaques noirâtres ont précédé la vaste ulcération du pli de l'aine.

Mais ne croyez pas que le phagédénisme soit le compagnon privilégié du bubon chancreux; il accompagne aussi le chancre simple, le chancre syphilitique, ainsi que les lésions tertiaires.

On en a décrit trois formes : inflammatoire, pultacée, gangreneuse. Chacune présente une marche un peu spéciale ; mais ce qu'il y a à redouter, ce sont les hémorrhagies et l'aggravation de l'état général, lequel répond assez bien à l'état local. Parfois, comme il est arrivé, cette année, à un malade de notre service, l'ulcération phagédénique se développe du côté du sacrum ; l'os est mis à nu et une méningite spinale se déclare, amenant rapidement la mort.

Bien des causes ont été mises en avant pour expliquer l'apparition de cette grave complication. Les uns y ont vu l'action d'un virus, les autres ont incriminé la scrofule, le scorbut, l'impaludisme, la vieillesse. L'alcoolisme jouerait un grand rôle suivant certains, mais je dois vous avouer que je ne partage pas à ce sujet l'opinion de ces auteurs. Toutes les causes affaiblissantes peuvent engendrer le phagédénisme, mais le chirurgien est contraint fréquemment de reconnaître que le problème est insoluble.

Enfin, retenez bien que la durée de l'adénite chancreuse est variable lorsqu'elle se complique de phagédénisme ; ce n'est qu'au bout de

plusieurs mois, d'une année, qu'on assiste à la cessation des accidents.

Le Dr Puech a publié autrefois une observation d'adénite dont le début remontait à quatorze ans ; fort heureusement, pour nos malades, c'est là une curiosité scientifique dont il vous serait peut-être difficile de trouver un second exemple.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE DE M. PROUST.

Diabète azoturique. Mort par complications pulmonaires.

Par M. le Dr J. Comby,

Ancien interne des hôpitaux.

O... (Joseph), 37 ans, charpentier, entre le 15 avril 1880, salle Saint-Charles, n° 6.

Cet homme, dont les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant, nous donne des détails assez complets sur ses antécédents personnels. En 1858, il aurait eu une blennorrhagie suivie de bubon, pas de chancre. En 1860, il fit une chute d'une hauteur de 11 mètres. En 1864, nouvelle chute plus grave que la première, suivie d'un écoulement sanguin par le nez et les oreilles. A partir de cet accident, le malade a eu des céphalées presque constantes.

Il buvait beaucoup, et ne peut nous dire si la polydipsie a augmenté après la chute. En 1876, il a eu spontanément une série d'abcès sous-cutanés au mollet gauche. Depuis quatre mois des abcès semblables se sont montrés sur le dos des mains et sur les avant-bras.

Tous ces abcès, qui ne dépassent pas le volume d'une noix, procèdent par séries, par poussées ; à mesure que les anciens se vident et se tarissent, d'autres apparaissent. Mais l'état général était resté satisfaisant jusqu'au mois de mars dernier. A partir de ce moment, le malade, qui est charpentier et travaille toujours debout, a éprouvé une fatigue inusitée. L'appétit a diminué pour reprendre ensuite dans des proportions considérables; l'augmentation de la polydipsie a été parallèle.

Il boit, en moyenne, 4 litres, et urine à peu près autant. Les urines sont pâles, claires, et ne contiennent ni sucre ni albumine. L'analyse des urines a été faite à plusieurs reprises pendant le séjour du malade à l'hôpital. A aucun moment, nous n'avons trouvé de sucre. Le dosage de l'*urée* par le procédé d'Yvon a donné une moyenne de 39 grammes dans les vingt-quatre heures sur 4 litres 1/2 à 5 litres d'urine.

27 avril. Le malade est donc azoturique en même temps que polyurique. De plus, l'appétit commence à diminuer, et la faiblesse augmente ; il existe une sensation de refroidissement permanente.

Ne trouvant pas de soulagement à l'hôpital, le malade sort et ne tarde pas à succomber chez lui à une complication pulmonaire, sur laquelle nous n'avons pu être complètement édifiés.

Il est évident que nous étions en présence d'un cas de polyurie avec azoturie.

La polyurie était de date ancienne, car le malade nous avouait qu'il buvait de temps immémorial au moins 4 litres de liquide par jour. La chute sur la tête, en 1864, eut-elle une influence sur cette polyurie et sur l'azoturie consécutive ? On ne peut rien savoir de certain à ce sujet. Mais ce qui nous semble évident, c'est que l'*azoturie* était de date récente ; car le malade, s'il était polydipsique depuis longtemps, n'était devenu polyphagique que dans les derniers mois de sa vie.

La polyphagie, l'azoturie, les abcès et les troubles généraux paraissent avoir coïncidé pour transformer une polyurie simple jusqu'alors en un véritable diabète azoturique. Ce diabète azoturique a suivi une marche rapide et a emporté le malade en moins de trois mois.

Nous n'avons rien dit du traitement, car le malade n'a fait pour ainsi dire que passer dans le service, et n'a pu suivre que pendant quelques jours un traitement dont l'extrait de valériane et le régime azoté formaient la base.

REVUE DE LA PRESSE

Nutrition de la cornée. — *Pflüger* (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, mars), pense que le cours de la lymphe dans la cornée est généralement centripète et qu'après s'être réunis au centre les canaux lymphatiques passent d'avant en arrière. Pour montrer la direction du cours de la lymphe, il instille dans le cul-de-sac de la conjonctive quelques gouttes d'une solution à 0,25 pour cent de succinylfluorescéine ($C^{10}H^{12}O^5 + 3\ HO^2$) ; la cornée prend alors une belle couleur grise commençant à la périphérie et à la surface. Après la disparition de cette fluorescence de la cornée, l'humeur aqueuse à son tour devient fluorescente. Pflüger tire de là cette conclusion que la cornée est nourrie par les vaisseaux sanguins de la sclérotique et de la conjonctive et que ses vaisseaux lymphatiques viennent se rendre dans la chambre antérieure. En outre, lorsqu'on injecte directement la fluorescéine dans la chambre antérieure à l'aide d'une seringue de Pravaz en connection avec un manomètre, la cornée et la conjonctive restent claires, tandis que l'iris prend une couleur gris foncé ; si l'on fait l'injection dans le corps vitré, l'humeur aqueuse reste parfaitement claire, tandis que si l'on injecte

la fluorescéine dans la chambre antérieure, le corps vitré devient entièrement gris et reste ainsi pendant plusieurs heures après que l'humeur aqueuse est redevenue parfaitement claire.

Pflüger conclut de ces expériences que l'humeur aqueuse ne tire pas sa nutrition du corps vitré, mais que plutôt le courant se fait de l'humeur aqueuse vers le corps vitré en traversant la zonule.

Du cactus grandiflora dans le traitement du rhumatisme subaigu ou chronique. — Le Dr *Harvey L. Byrd*, professeur au collège médical de Baltimore, vante beaucoup (*Philadelphia medical Times*, 26 août) les effets du cactus grandiflora dans le traitement des affections cardiaques provoquées par le rhumatisme. Ce médicament calme toujours rapidement les douleurs cardiaques et il permet d'employer ensuite d'autres moyens de traitement si cela est nécessaire.

Cette action a porté M. Byrd à donner également ce médicament dans les cas de rhumatisme musculaire subaigu ou chronique et ses espérances ont été réalisées de tous points. Son expérience au sujet de ce médicament dans le rhumatisme articulaire aigu n'est pas assez complète ; il croit cependant pouvoir affirmer que le cactus donnera de bons résultats, surtout si l'on a soin de commencer le traitement par un purgatif convenable, et même il ne serait nullement surpris si l'on trouvait bientôt que ce médicament est l'une de nos meilleures ressources thérapeutiques au début d'une attaque de rhumatisme.

M. Byrd donne le cactus sous forme d'extrait liquide à la dose de 8 à 12 gouttes trois fois par jour ou même plus souvent si les symptômes l'exigent ; aucun agent dans sa pratique ne lui a jamais donné des résultats aussi favorables.

Le cactus lui paraît avoir pour effet dans le rhumatisme articulaire aigu de modérer les symptômes inflammatoires et de prévenir les complications cardiaques.

Accidents causés par la pilocarpine. — Le Dr *Landesberg* (*Philadelphia medical Times*, 29 juillet) a recherché sans parti pris la valeur de la pilocarpine et du jaborandi dans le traitement des maladies des yeux. Il a trouvé que ces agents possédaient une grande valeur dans la thérapeutique oculaire et qu'ils agissaient presque comme un spécifique dans certaines affections des yeux dans lesquelles le traitement usuel n'avait donné aucun résultat. Il faut cependant en excepter cinq cas, dont quatre de décollement de la rétine et un de choroïdite séreuse, dans lesquels la cataracte se développa rapidement quelque temps après la cessation du traitement, tandis que jusque-là le cristallin était resté parfaitement transparent. Les 5 malades dont Landesberg rapporte l'observation avaient respectivement 31 ans, 36 ans, 46 ans, 41 ans et 33 ans.

L'auteur a fait récemment la même remarque chez un cheval de huit ans ; il le traitait pour une irido-choroïdite et de larges opacités

du corps vitré; il lui donnait des infusions de feuilles de jaborandi et lui faisait des injections sous-cutanées de pilocarpine. Le processus morbide fut très rapidement arrêté et le corps vitré s'éclaircit entièrement; mais, pendant la quatrième semaine du traitement, l'auteur remarqua le développement d'opacités dans le cristallin qui jusque-là était resté très transparent. Cette cataracte marcha si rapidemeht qu'en quinze jours il devint impossible de voir le fond de l'œil.

Il s'agit de savoir si le développement de la cataracte dans ces cas est réellement dû au jaborandi et à la pilocarpine ou si ce n'est qu'une simple coïncidence. Il est certain que la cataracte n'est pas rare sur les yeux affectés soit de décollement de la rétine, soit de quelque autre maladie du tractus uvéal et, dans ces cinq cas, il faut peut-être chercher là la cause de l'accident; mais d'autre part, il est impossible de ne pas songer au traitement lui-même. Il est naturel de penser que la pilocarpine et le jaborandi ont pu accélérer le développement de la cataracte qui serait survenue plus tard spontanément ou même que ces médicaments ont été la cause immédiate des opacités cristalliniennes. Quoi qu'il en soit, l'attention étant attirée sur ce fait, le grand nombre d'injections de pilocarpine que l'on fait journellement en médecine et en ophthalmologie permettra rapidement de le contrôler.

A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 *septembre* 1882. — *Présidence de M.* Bouley.

La correspondance comprend deux mémoires sur le traitement de la diphthérie, envoyés pour le prix Saint-Paul.

M. Larrey présente de la part de M. Sorel, médecin-major à Sétif (Algérie), une note manuscrite sur l'emploi de la médication quino-salicylée dans le traitement de la fièvre typhoïde. (Renvoi à la commission des épidémies.)

M. J. Guérin donne le résumé d'une note lue par lui à l'Académie de Belgique et dans laquelle il montre que ceux qui ont fait des inoculations virulentes préventives chez les animaux ont soutenu, mais non encore prouvé, que les animaux ainsi inoculés ne pouvaient produire la même maladie chez d'autres animaux mis en contact avec eux.

M. Bouley prétend que ces expériences sont en cours d'exécution.

M. J. Guérin serait très heureux de savoir où et par qui.

M. Bouley. Cela ne vous regarde pas.

M. J. Guérin s'élève contre cette coutume qui tend à s'introduire

parmi quelques expérimentateurs, de tenir leurs expériences secrètes et de craindre le grand jour.

Du rôle des vaisseaux lymphatiques dans la coloration de la peau. — *M. Onimus* lit un travail qu'il résume ainsi :

Dans tous les cas et pour nous résumer, si les excitants de la contractilité des capillaires rougissent la peau à leur point d'application, cela tient, la plupart du temps, à la disparition de la couche blanche opaline formée par la lymphe, disparition que fait mieux apparaître le réseau sous-jacent rouge des capillaires sanguins.

Traitement de l'ophthalmie purulente. — *M. Ch. Brame* (de Tours) lit deux observations d'ophthalmie purulente traitée par des moyens bizarres, en particulier par l'introduction dans les narines d'une baguette de verre enduite de diverses solutions.

La séance est levée à quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes sur le cancer, par le Dr *Bougard*, ancien professeur à l'université de Bruxelles, gr. in-8°, 890 pages. Bruxelles, G. Mayolez, et Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1882.

Dans cet ouvrage, fruit d'une vaste expérience, l'auteur reproduit un nombre considérable d'observations personnelles. Nous n'en avons pas compté moins de deux cent soixante-dix-sept, plus ou moins détaillées. M. Bougard a surtout pour but de faire connaître un nouveau mode de traitement du cancer par les caustiques, traitement qui lui a donné des succès magnifiques, puisque, sur 162 opérations de cancer du sein, il n'a eu aucun décès résultant de l'opération et 64 femmes ont eu une guérison de plus de deux ans et demi de durée. Billroth, de 1868 à 1875, c'est-à-dire dans un intervalle de huit ans, a opéré par l'instrument tranchant 143 cancers du sein ; il a eu 34 décès résultant des suites immédiates de l'opération et 8 malades seulement ont eu une guérison de plus de deux ans et demi de durée. Voici, d'ailleurs, le résumé du livre de M. Bougard.

Pour lui, la diathèse cancéreuse préexistante des auteurs français est une conception purement imaginaire et chimérique. M. Bougard croit même avoir prouvé, ce qui lui reste à faire, que la diathèse cancéreuse peut être placée, comme cause de cancer, sur la même ligne que l'oxyde de carbone, que l'hydrogène sulfuré, que l'alcalin âcre, que la lymphe croupissante et que l'atrabile des anciens. Le cancer est pour lui une maladie primitivement locale ; c'est là l'opinion d'un grand nombre de chirurgiens étrangers parmi lesquels il cite Virchow, Billroth, Fischer, Esmarch, Nussbaum, Volkmann, Kocher, Hutchinson, Gross de New-York, etc.

Lorsque le cancer externe se présente accompagné de symptômes diathésiques, c'est qu'il existe un cancer interne qui a échappé aux investigations et qui a déterminé cet état; en d'autres termes, dit-il, la diathèse est toujours consécutive au développement de la cachexie cancéreuse.

Le cancer opéré au moyen des caustiques et par le procédé de l'auteur, dans la première période de la maladie, ce qu'Hutchinson appelle le stade précancéreux, c'est-à-dire lorsque l'affection est encore parfaitement circonscrite et limitée, le cancer est guérissable dans de très larges proportions et dans ces conditions la guérison est la règle, la récidive l'exception.

L'opération des tumeurs par cette méthode est, dit l'auteur, d'une innocuité absolue: sur trois cents cas, il n'a pas eu à enregistrer un seul accident grave, sauf quelques petites hémorrhagies insignifiantes au moment de l'élimination de l'eschare.

M. Bougard pense que l'opération par l'instrument tranchant ne convient pas au cancer, parce qu'elle est dangereuse et qu'elle est presque toujours suivie de récidive.

La pâte caustique de M. Bougard est ainsi composée:

Farine de froment............ } Amidon...................... }	ãã 60 grammes.
Arsenic......................	1 —
Cinabre......................	5 —
Sel ammoniac..................	5 —
Sublimé corrosif..............	0 gr. 50 centigr.
Solution de chlorure de zinc à 52°.	245 grammes.

En faire une pâte molle, homogène, en mélangeant dans un mortier de verre ou de porcelaine les six premières substances, au préalable triturées séparément et réduites en poudre fine, puis en y versant doucement la solution de chlorure de zinc, en même temps qu'on tourne rapidement le mélange avec le pilon, de façon qu'il ne s'y forme pas de grumeaux.

Dès que le mélange est parfait, on le verse dans un pot de faïence à couvercle où il peut se conserver plusieurs mois sans perdre ses qualités.

Cette pâte lui paraît le caustique le plus efficace et le plus innocent, et la méthode cautérisante lui paraît être celle qui jusqu'ici a donné le plus grand nombre de guérisons et le moins d'accidents.

A. Ch.

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

LONDRES. — Située sur la rive gauche de la *Severn*, à 175 kil. N.-O. de Londres, Worcester, bien que chef-lieu du comté de même nom, n'a qu'une importance très secondaire et ne compte guère plus de 30,000 habitants.

C'est pourtant cette ville qui a été choisie pour être, cette année, le siège du congrès de la *British medical Association*, fait qui vous vaut ce détail géographique. Cette préférence était-elle motivée, je ne saurais le dire ; toujours est-il que nos honorables congressistes ont pu admirer la belle cathédrale gothique de Worcester où a été célébré le service solennel qui a marqué l'ouverture de ce grand meeting.

On vante beaucoup l'homélie prononcée, pour la circonstance, par le vénérable doyen de cette église et surtout la belle exécution de l'*oratorio* de Haydn « *La Création* » par la maîtrise de la cathédrale.

L'assemblée a été sensiblement plus nombreuse que l'an passé où toute l'activité s'était à peu près dépensée au congrès international de Londres.

Au surplus, il ne s'agissait rien moins, cette fois-ci, que de fêter le cinquantième anniversaire de la fondation, ou, en d'autres termes, le jubilé de l'Association.

Je ne saurais prétendre vous donner, dans ce court bulletin, le compte rendu des séances de ces quatre journées ; l'intérêt, du reste, n'y a pas été autrement saisissant. Les discours d'ouverture ou adresses ont été prononcés dans les diverses sections : *anatomie*, par le professeur Humphry ; *médecine*, par le Dr Allbutt ; *pathologie*, par le professeur H. Jackson.

Parmi les sujets se rapportant aux intérêts professionnels, celui de la notification obligatoire des maladies contagieuses a été peut être le plus discuté, mais sans que, toutefois, les débats aient abouti à une conclusion bien précise.

A ce propos, je dois rappeler à vos lecteurs l'opposition que rencontre parmi beaucoup de médecins l'application de la loi qui enjoint à chaque praticien de faire la déclaration aux autorités locales de tout cas de maladie contagieuse qu'il est appelé à soigner.

Les protestations assez isolées d'abord sont devenues nombreuses, la résistance s'accentue et tend à s'organiser de plus en plus. L'autre jour, c'est à Liverpool que se tenait un important meeting ayant pour objet la constitution d'une association chargée de poursuivre, par tous les moyens, l'abrogation du bill coercitif, de recruter des adhérents, de proposer à la signature du plus grand nombre possible de médecins une pétition qui serait déposée sur le bureau de la Chambre

des communes. Les termes de cette adresse font valoir que cette obligation sera de nul effet pour prévenir l'extension des maladies en question et n'aura d'autre résultat que de pousser les familles à dissimuler la vérité; ils exposent, en outre, qu'on tend par là à transformer le médecin en un dénonciateur et à altérer ainsi les sentiments de confiance et d'estime qui doivent exister entre l'homme de l'art et le malade, rapports d'une portée si grande qu'on doit s'attacher plutôt à développer qu'à détruire.

Une importante lacune sera prochainement comblée par l'adoption du « Registration of midwives in England and Wales Draft Bill ». C'était un sujet de pénible étonnement de voir l'incurie administrative en ce qui concerne la pratique des accouchements. La première femme venue s'intitulait accoucheuse, selon son bon plaisir et sans qu'il fût exigé d'elle le moindre certificat de capacité.

D'après le nouveau projet, des examens devront être subis, des diplomes obtenus pour exercer la profession de sage-femme. Quant à celles qui pratiquent déjà depuis plus d'une année, elles seront autorisées à continuer leur métier sans subir d'examen, mais elles devront produire un certificat d'un docteur en médecine, où celui-ci établira qu'il a été à même d'apprécier leur savoir-faire pour les soins à donner à une femme en couches. Affirmer qu'une pareille attestation constituera une garantie suffisante ressemblerait de bien près à une naïveté.

Parmi ceux que la mort nous a enlevés ces dernières semaines, j'aurais à citer plusieurs noms d'une véritable notoriété, entre autres : Adrien Buchanan, de Glasgow, l'un des fondateurs du *Glasgow medical Journal*, revue où il a publié plusieurs mémoires importants ; Spence, professeur à l'Université d'Edimbourg et l'un des représentants les plus autorisés de la chirurgie écossaise ; Peacock, de Londres, qui mériteraient certainement plus que cette brève mention.

NOUVELLES

Le congrès de géographie de Bordeaux s'est prononcé, conformément aux conclusions d'un rapport présenté par le Dr Bourru, pour l'établissement d'un service sanitaire extérieur, chargé de signaler au gouvernement les cas de fièvre jaune.

La statue de A. Becquerel. — L'inauguration de la statue d'Antoine-César Becquerel aura lieu à Châtillon-sur-Loing, le 24 septembre, à deux heures.

On sait que le célèbre physicien, membre de l'Académie des sciences, est décédé en 1878, à l'âge de quatre-vingt-dix ans.

Le ministre de l'instruction publique sera représenté à cette cérémonie, ainsi que l'Académie des sciences et le Muséum d'histoire naturelle.

ACTE DE DÉVOUEMENT. — Nous lisons dans *la Dépêche* (de Toulouse) les lignes suivantes, relativement à un acte de courage récemment accompli par un ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, M. Lapervenche, volontaire d'un an à la 17e section des infirmiers :

Avant-hier soir, vers huit heures et demie, trois militaires appartenant à la 17e section des infirmiers, se promenant sur les bords du canal, à 400 mètres environ du pont des Minimes, furent attirés par les cris de quelques jeunes garçons : « Venez vite, une personne se noie ! »

L'un d'eux, M. Lapervenche (de Ribèrac), engagé conditionnel, ôta vivement son sabre et sa tunique et n'hésita pas à plonger dans le canal, très obscur en cet endroit. Il fut assez heureux pour saisir une femme au moment où elle disparaissait. La fille de cette dame, enfant de quatre ans environ, se désolait sur la berge. La victime se nomme Mme Dreuil, ménagère. Elle allait à la rencontre de son mari, lorsque, faisant un faux pas dans l'obscurité, elle tomba à l'eau.

M. Lapervenche, dont on ne saurait trop louer le dévouement, et qui a été interne des hôpitaux de Bordeaux, donna ses soins à la noyée, qui était à peu près asphyxiée, et la rappela à la vie. Elle a été reconduite à son domicile par les soins des trois militaires.

La *Souveraineté du Peuple*, qui raconte aussi l'accident, formule le vœu suivant, auquel nous nous associons pleinement :

Nous voulons espérer que l'autorité militaire signalera à qui de droit l'acte de courage accompli par le caporal Lapervenche et qu'une récompence honorifique ne tardera pas à lui être décernée.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie V.-A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

A propos d'une opération de céphalotripsie sans broiement, chez une femme à bassin oblique ovalaire, petite modification dans le cranioclaste, par le Dr B. NARICH, in-8 avec 5 planches. 3 fr.

Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine, par le Dr CHATÉ. In-8. 2 fr. 50

Etude sur l'accouchement prématuré artificiel, ses indications en dehors des rétrécissements du bassin. Principaux procédés opératoires, par le Dr PICARD. In-8. 3 fr.

Conseils aux jeunes mères, aux nourrices et aux sages-femmes pour éviter la mortalité fréquente chez les enfants en bas âge, par le Dr GIRAULT, médecin inspecteur de l'asile modèle des écoles communales, etc., 1 vol. In-8°. 1 fr. 25

Histoire d'une balle retrouvée dans le larynx dix ans après son entrée dans la tête. Guérison, par le Dr C. FAUVEL. In-8, avec 6 figures dans le texte. 1 fr. 25

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31


POUGUES
rendre une bout. au repas contre
GASTRALGIES, DYSPEPSIES, GRAVELLE

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 32 SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 32. Samedi 16 Septembre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. LE Dr BERNUTZ.

Enchatonnement incomplet du placenta. — Délivrance artificielle précoce. — Guérison.

Par M. Henri CHATELLIER,

Interne des hôpitaux.

La nommée Kbrat (Marie-Jeanne), âgée de 19 ans, couturière, entre le 4 mars 1882, salle Sainte-Marie, lit n° 8.

Cette femme est d'une constitution robuste et vigoureuse. Pas d'antécédents morbides. Primipare.

Premières règles à 15 ans. Aucun accident n'a accompagné l'établissement de la fonction cataméniale, qui depuis s'est régulièrement accomplie.

Jamais de douleurs abdominales, ni pertes, ni fausses couches, ni inflammations utérines ou périutérines.



Dernières règles du 12 au 15 mai 1881. La grossesse s'est passée très régulièrement et n'a donné lieu à aucun accident. Pas de douleurs, pas de vomissements.

Le samedi 4 mars 1882, vers midi, commencement du travail. Douleurs et contractions utérines violentes.

Entrée à l'hôpital le soir à 7 heures.

A 10 heures du soir examen de la parturiente.

Au palper on sent la tête engagée dans l'excavation en OIGA.

Au toucher le col est ouvert dans la grandeur d'une pièce de cent sous. Les bords en sont fermes et presque tranchants. Ils offrent une grande résistance sous le doigt.

Première position du sommet. Pas de rétrécissement du bassin.

Les contractions se succèdent à moins de dix minutes d'intervalle et sont très énergiques.

Le ventre est d'un volume considérable et proémine en avant.

Mais ce qui frappe surtout, c'est la forme qu'il présente.

A la vue, on observe d'abord une saillie ovoïde, volumineuse, située entre les cartilages costaux gauches et l'appendice xiphoïde. Elle se continue sans ligne de démarcation vers l'excavation, dans laquelle elle se perd visiblement.

De plus, dans le flanc droit existe une seconde saillie dans la forme d'un segment de sphère à large rayon. Elle est séparée de la première par un sillon très manifeste qui circonscrit sa base.

Vu de face, le ventre semble avoir trois pôles : un premier sous

les cartilages costaux gauches, un second dans l'excavation, et enfin une troisième dans le flanc droit.

A la palpation, sous les fausses côtes gauches, on sent facilement le globe utérin dont les parois se contractent sous la main. Entre les contractions on perçoit manifestement la sensation que donne un siège de fœtus.

Dans l'excavation, les mains reconnaissent une tête en OIGA.

En pratiquant la palpation sur la saillie ovoïde qui descend obliquement des fausses côtes gauches vers le bassin, on a la sensation d'un plan uni, résistant, sans encoche, et allongé de haut en bas, qui répond évidemment à un dos de fœtus. Ce fœtus a donc le dos en avant, le siège sous les cartilages costaux gauches et la tête dans l'excavation en OIGA.

En palpant la saillie qui occupe le flanc droit on reconnaît qu'elle ne renferme pas de partie fœtale résistante et d'un volume en rapport avec celui que cette saillie offre à la vue. Cependant, dans l'intervalle des contractions, on peut la déprimer et sentir profondément des membres fœtaux mobiles.

Le bord cubital de la main appliqué dans le sillon qui sépare les deux saillies du ventre y pénètre assez facilement et repousse à gauche le fœtus et à droite la partie globuleuse qui occupe le flanc droit.

Il est impossible d'amener le siège du fœtus dans le globe droit. Il reste invariablement fixé à gauche.

A l'auscultation on trouve un centre de battements cardiaques à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Il est impossible d'en trouver un second dans le pôle qui occupe le flanc droit, ni en aucun autre point du ventre.

Dimanche 5 mars, 9 h. du matin. Les contractions ont persisté toute la nuit sans perdre de leur fréquence ni de leur énergie. Le ventre a toujours sa forme biglobuleuse. Au toucher on sent la tête engagée dans l'excavation, mais la dilatation du col n'a pas sensiblement augmenté. De plus son contour a conservé les caractères de rigidité et de résistance qu'il avait hier soir.

Bain tiède de 3/4 d'heure.

11 h. Le contour du col commence à céder et la dilatation augmente. Depuis, elle va toujours s'accomplissant régulièrement et d'une façon rapide.

2 h. La rotation est accomplie et la tête commence à franchir le détroit inférieur.

3 h. La tête franchit la vulve et le reste de l'accouchement s'accomplit rapidement. Fille bien conformée, pesant 4 k. 350 gr.; aussitôt après la sortie du fœtus l'utérus revient sur lui-même et se contracte énergiquement sur l'arrière-faix; au bout d'un quart d'heure on se prépare à faire la délivrance.

La main gauche appliquée sur l'hypogastre et déprimant facilement la paroi abdominale, on est immédiatement frappé de la forme qu'affecte l'utérus; celui-ci est dur et revenu sur lui-même. Au lieu de sentir un globe régulier, comme cela est d'habitude, on a la perception d'un corps dur dont l'extrémité supérieure est manifestement divisée en deux lobes séparés par un sillon.

Le lobe gauche ne remonte pas très haut et se termine en haut par un bord à peu près horizontal; par son siège, il semble correspondre à cette partie de l'utérus qui renfermait le siège du fœtus.

Le lobe droit remonte plus haut que le gauche et se prolonge sous la forme d'une corne vers la fosse iliaque droite; il se continue sans ligne de démarcation avec le bord latéral droit de l'utérus; d'autre part il est séparé du lobe gauche par un sillon très net dans lequel la main pénètre avec facilité. On peut d'ailleurs saisir avec une grande aisance le fond de l'utérus, apprécier le volume des deux saillies qu'il offre et le sillon qui les sépare. Ce second lobe correspond évidemment à la saillie énorme que l'on observait à droite sur le ventre de la femme avant l'accouchement.

Pratiquant alors le toucher vaginal, nous suivons du doigt le cordon légèrement tendu de la main gauche ; à travers l'orifice largement ouvert du col on sent une partie du placenta qui commence déjà à s'y engager, et un peu plus haut l'insertion du cordon; le délivre semble décollé ; nous saisissons le cordon tout près de la vulve et nous exerçons une tension progressive et continue. Comme, au bout de plus de cinq minutes, rien ne cédait, et que d'ailleurs la femme ne perdait pas, nous nous décidons à attendre encore.

Une demi-heure s'étant écoulée nous procédons de nouveau au palper abdominal. Le lobe gauche de l'utérus est un peu affaissé ; quant au lobe droit, il est devenu un peu plus saillant, par suite du creusement du sillon qui sépare en deux le fond de la matrice. Celle-ci est d'ailleurs dure et contractée; au toucher, on sent une partie notable d'un bord placentaire engagé dans le col, et plus haut l'insertion du cordon.

Nouvelle tentative d'extraction placentaire suivant le précepte du professeur Pajot.

Au bout de quelques instants, il semble que le placenta s'abaisse et doive venir ; mais, presque immédiatement nous percevons quelques petits craquements.

Abandonnant aussitôt les tractions, nous pratiquons le toucher. Le doigt sent qu'auprès de son insertion le cordon a perdu de son volume et de sa résistance ; il semble, en s'effilant, s'être réduit à sa membrane d'enveloppe.

Comme, en ce moment, la femme perdait une certaine quantité de sang et que la délivrance ne paraissait pas devoir se faire par les

moyens ordinaires, on se décide à introduire la main pour amener le délivre.

Après les soins préliminaires, la main droite est introduite dans les parties génitales.

Saisissant alors la portion du placenta qui a déjà franchi le col, on le tord légèrement en exerçant une traction progressive; mais bientôt celui-ci cède sous les doigts, et menace de se déchirer. Pénétrant plus profondément, nous franchissons le col; puis de nouveau, nous essayons de saisir le placenta pour l'entraîner; mais il cède encore sous les doigts.

La main est alors introduite plus loin dans la cavité utérine. Elle suit la partie latérale gauche de cet organe, pénétrant entre elle et le délivre, et enfin arrive au fond de la matrice que l'on reconnait aisément correspondre au lobe gauche du globe utérin.

Nous suivons ce fond de gauche à droite, le placenta n'étant pas adhérent; puis, la main rencontre vers la droite un contour saillant qui limite un orifice, orifice dans lequel s'engage le placenta et qui a environ 5 à 6 centimètres de diamètre; trois doigts seulement peuvent franchir cet orifice. Au-dessus, on sent les parois s'éloigner un peu et limiter une cavité en forme de boyau, mais un peu plus large. Chemin faisant, nous décollons le placenta qui en ce point est adhérent. Presque aussitôt un flot de sang s'échappa par la vulve; mais nous introduisîmes le bras plus avant en nous hâtant de sortir le segment placentaire du diverticule qu'il occupe.

Pour y parvenir, les doigts doivent pénétrer entièrement dans le diverticule, et c'est à peine s'ils peuvent en atteindre le fond.

Aussitôt que le placenta est dans la main, nous faisons prendre à la femme un gramme de seigle ergoté en poudre qui a été préparé d'avance.

On retire alors la main entraînant avec elle le placenta. L'hémorrhagie diminue rapidement et cesse même au bout de quelques instants.

Dès lors, tout semble devoir se comporter normalement.

Une heure un quart s'était écoulée entre l'expulsion du fœtus et l'extraction du placenta.

Le surlendemain, la malade fut prise d'un phlegmon du ligament large qui affecta dans sa marche les allures graves du phlegmon septique et nécessita, par mesure de prudence, le transfert dans une salle d'isolement. Cette salle avait été occupée quinze jours auparavant par une autre malade atteinte d'érysipèle de la face. Au bout de trois jours, la nouvelle accouchée y est prise à son tour d'un érysipèle qui envahit successivement les membres inférieurs, le tronc, mais respecte la face et les voies génitales.

Enfin, après un séjour de cinq semaines, la malade avait surmonté

les différents états morbides qui s'étaient attaqués à elle, et sortait complètement guérie le 13 avril.

Nous l'avons revue trois mois après son accouchement et elle ne présentait aucune trace des différents accidents auxquels son état puerpéral avait donné naissance.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE DE M. PROUST.

Asphyxie par les vapeurs du charbon. — Cécité et hémiplégie droite. — Guérison.

Par le Dr J. COMBY,

Ancien interne des hôpitaux.

Un jeune homme de 28 ans est conduit à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Proust, le 23 juin 1880. Il a été trouvé le jour même étendu sans mouvement et sans connaissance sur son lit, dans une petite chambre où il avait tout préparé pour se donner la mort. La pièce dont il disposait n'avait pas plus de 3 mètres au carré, et 2 mètres de hauteur. Après avoir hermétiquement fermé la porte et la fenêtre, il avait entassé dans un poêle une assez grande quantité de charbon de bois, l'avait approché de son lit, l'avait allumé et s'était couché. L'asphyxie était inévitable, car il n'y avait pas le moindre courant d'air possible, tout étant fermé, et la pièce ne possédant pas de cheminée. A partir de ce moment le malade a perdu tout souvenir de ce qui s'est passé ; il n'aurait pas éprouvé de douleurs de tête au début, mais seulement des crampes d'estomac. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est resté exposé aux émanations oxycarbonées depuis 10 heures du matin jusqu'à 3 heures de l'après midi, c'est-à-dire pendant 5 heures. Il est arrivé à l'hôpital dans le *coma* et ne s'est réveillé de sa torpeur que plusieurs jours après. Quand il a pu répondre à nos questions, il nous a dit ne pas avoir gardé le souvenir du début de l'asphyxie et des jours qui ont suivi à l'hôpital. Pendant huit jours consécutifs, il a été complètement aveugle et ne pouvait voir aucun objet à quelque distance qu'il fût placé. En même temps son intelligence était obtuse et nous avions beaucoup de peine à en tirer quelques renseignements.

Le mouvement était supprimé ; non seulement le malade ne pouvait se lever, mais il avait beaucoup de peine à remuer ses membres dans le lit, il avait de l'incontinence de l'urine et des matières fécales, l'appétit n'existait pas et l'on ne pouvait faire avaler au malade des aliments et des boissons qu'avec difficulté. Au bout de huit jours la cécité diminua graduellement, mais la vue resta trouble pendant longtemps. Les mouvements reviennent dans les membres du côté gauche, mais la paralysie persiste à droite. Cette paralysie affecte la moitilité des deux membres droits en respectant la face.

Le 9 juillet. Le malade se lève et commence à marcher, mais il ne peut le faire sans traîner la jambe droite qui est presque inerte. La main droite ne peut lui rendre encore aucun service, il ne peut serrer aucun objet ni même remuer les doigts, il accuse quelques nuages devant les yeux.

A partir de ce moment, l'amélioration est progressive, et de jour en jour les mouvements deviennent plus étendus du côté droit.

Le malade sort de l'hôpital à la fin de juillet, complètement guéri.

Les paralysies consécutives à l'asphyxie par le charbon sont bien connues aujourd'hui, depuis le remarquable travail de M. Bourdon (thèse 1844). Cependant elles ne sont pas très communes, et nous avons cru utile de publier ce cas, quelque incomplète que soit l'observation.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Séance du 28 *août* (matin).

M. Bernheim, professeur de clinique médicale à la Faculté de Nancy, décrit une *forme cardiaque de la fièvre typhoïde* dans laquelle il survient sans cause appréciable une accélération paralytique du cœur qui se termine par la mort. Cette forme peut se montrer dès le début de la fièvre typhoïde, avec ou sans phénomènes adynamiques ; elle peut de même survenir à une période plus avancée de la maladie. La température est modérée (38° ou 39°) et même elle descend au-dessous de la normale. M. Bernheim attribue ces symptômes à l'action directe du poison typhique sur le centre d'innervation cardiaque. Ce poison, comme la digitale, agirait à faible dose pour ralentir les battements du cœur, tandis qu'à dose élevée il paralyserait les centres nerveux et accélérerait ces mouvements en les affaiblissant. Cela explique pourquoi la digitale a paru inefficace et même dangereuse dans cette forme de la maladie ; M. Bernheim a fait six autopsies sans trouver de lésion cardiaque. Certains cas de mort subite, sans lésion du cœur à l'autopsie, pourraient d'après M. Bernheim s'expliquer par la concentration subite du poison typhique sur le muscle cardiaque.

M. Henrot a déjà décrit une forme de la fièvre typhoïde d'apparence peu grave, mais dans laquelle les malades peuvent mourir brusquement. Dans ces cas, au contraire, il existe des lésions cardiaques, une dégénérescence graisseuse du cœur.

M. Leudet propose aux faits relatés par M. Bernheim une autre interprétation. Peut-être le poison typhique, au lieu d'agir uniquement sur le centre cardiaque, agit-il également sur le système ner-

veux central, la moelle et le bulbe en particulier. Dans ce cas, au lieu d'une forme cardiaque, il faudrait voir là une forme spinale de la fièvre typhoïde.

M. *Aubert* (de Lyon) fait uue communication *sur la perméabilité des effractions épidermiques aux substances solubles*. M. Straus a montré qu'en injectant sous la peau, à l'aide d'une seringue de Pravaz, un ou deux milligrammes seulement de pilocarpine, on obtenait une sudation purement locale. M. Aubert, en répétant ces expériences, a vu qu'il suffisait d'une quantité beaucoup moindre et qu'en faisant à la peau une simple piqûre avec une très fine aiguille à coudre et en recouvrant cette piqûre avec une goutte d'une solution de pilocarpine, on obtenait de même une sudation locale. Pour observer nettement le phénomène, il est nécessaire de prendre les empreintes sudorales au moyen de la méthode que M. Aubert a fait connaître au congrès du Havre. La sudation locale ainsi obtenue dure de une à deux heures. On peut, en faisant ces expériences sur divers points de la peau et en recueillant les empreintes, comparer la fonction sudorale des différents points du corps. M. Aubert a constaté de la sorte que les piqûres d'aiguille restent perméables pendant vingt-quatre, quarante-huit et même soixante-douze heures. Cette question offre beaucoup d'intérêt pour les anatomistes et les chirurgiens. L'absorption n'est modifiée ni par l'obliquité de la piqûre ni par le diamètre de celle-ci, dans certaines limites, bien entendu. La succion faite, dix secondes après la piqûre, n'empêche pas la pénétration et l'action de la pilocarpine. Les égratignures restent perméables le même temps que les piqûres, trois ou quatre jours. Au contraire, les effractions résultant de l'épilation cessent d'être perméables au bout de vingt-cinq ou trente heures.

M. Gayet (de Lyon) communique le résultat de ses recherches sur la *distribution de la cataracte dans la région lyonnaise*. Pour établir le rapport du nombre des cataractes au chiffre de la population, il a consulté le registre d'inscription de l'Hôtel-Dieu de Lyon qui mentionne à peu près tous les cas qui se produisent dans la région lyonnaise, cette région comprenant les départements du Rhône et de la Loire et une partie de ceux de l'Ain, de la Haute-Loire, de Saône-et-Loire, de l'Isère, de la Drôme et de l'Ardèche. En reportant sur une carte de l'état-major le nombre des cataractes trouvées dans chaque partie de cette région, M. Gayet a trouvé que, sauf dans le bassin houiller de la Loire, la maladie est dans un rapport constant avec la population, que ce rapport est à peu près de 2 en 10 ans et pour 1 000 habitants et qu'il ne varie pas selon la nature du sol.

Chez les femmes, ce rapport est un peu moins élevé, 1,54 p. 1 000. Les citadins sont moins disposés au mal que les campagnards. A Lyon, le rapport est seulement de 1 pour 1 000, tandis que dans le bassin

honiller de la Loire, où se trouvent un grand nombre de [illegible] d'établissements métallurgiques, ce rapport s'élève à 3 p [illegible]

Quant à l'âge, la cataracte débute à 44 ans en moy [illegible] l'homme, à 49 ans chez la femme ; le maximum se trouve [illegible] dans les deux sexes.

L'exercice assidu de l'accommodation ne prédispose pas à [illegible] racte. Ce fait, ajouté à la prédominance du mal chez les cam [illegible] a porté M. Gayet à se demander si la chaleur rayonnante ne p [illegible] être considérée comme un agent actif dans la production de [illegible] Ce qui est certain, c'est l'influence de la chaleur sur les ouv [illegible] y sont soumis, notamment sur les verriers.

M. Janssen, président du Congrès, pense que la chaleur [illegible] nante absorbée par le cristallin n'est pas étrangère au dével [illegible] de la cataracte ; dans les pays chauds, la cataracte est fré [illegible] expériences ont prouvé que les milieux oculaires arrêtent [illegible] rayonnante comme les milieux liquides de même épaisseur ; [illegible] cornée absorbe 60 pour 100 des rayons calorifiques, et le [illegible] 13 pour 100 de ceux qui ont traversé la cornée. Il n'est [illegible] sible que cette absorption finisse par altérer la constitution [illegible] laire du cristallin et en provoque l'opacité. On pourrait donc [illegible] cet accident, dans les usines métallurgiques, en interpos [illegible] l'œil et le foyer lumineux une mince couche d'eau.

M. Rochard pense que la température élevée doit jouer [illegible] plus important que la chaleur rayonnante dans l'étiologie [illegible] taracte, et M. Prompt fait remarquer en faveur de la chaleur [illegible] nante que, dans les pays polaires, le froid rayonnant exerce [illegible] influence morbide sur l'œil.

M. Verneuil n'admet pas l'influence de la chaleur et de la [illegible] mais bien celle de la goutte et du rhumatisme ; la cataracte, [illegible] lui, est un trouble analogue à l'athérome artériel.

M. Verneuil communique au nom de M. Redard, son chef [illegible] nique, une observation montrant les *suites éloignées de la secti[illegible] nerf cubital.* Deux théories ont été proposées pour expliquer [illegible] tour de la sensibilité cutanée de la main, abolie par la secti[illegible] nerf cubital : dans l'une on invoque la formation de tubes ner[illegible] dans la cicatrice, dans l'autre on s'appuie sur les anastomoses vas[illegible] laires. Les deux théories sont également acceptables, mais la p[illegible] mière a pour conséquence de prescrire au chirurgien de favor[illegible] l'affrontement exact des deux bouts du nerf sectionné, c'est-à-dire [illegible] suture nerveuse, tandis que si l'on accepte la seconde théorie [illegible] confie à la nature le soin de la régénération fonctionnelle. Malh[illegible] reusement les observations publiées jusqu'à ce jour sont ou [illegible] ment défectueuses au point de vue de la rigueur scientifique, ou [illegible] elles sont bien faites elles donnent des résultats contradictoires.

La région du petit doigt de la main est la seule qui reçoive un filet nerveux dépourvu de toute anastomose, de telle sorte que si la sensibilité s'y rétablit, après avoir été abolie par la section du nerf, ce ne peut être que par la cicatrice, et la question se trouve jugée en faveur de la première théorie ; si, au contraire, l'insensibilité absolue persiste, la seconde théorie seule est la vraie. M. Redard rapporte quelques faits dans lesquels la section du nerf cubital ayant eu lieu dans sa partie supérieure, l'innervation est revenue, tandis que dans deux autres cas appartenant au service de M. Verneuil, le traumatisme ayant porté au niveau du quart inférieur du nerf cubital, la perte de la sensibilité a été irréparable.

M. Chauveau pense que, si l'on coupe un nerf de façon à interrompre toute communication périphérique avec les nerfs voisins, la sensibilité peut ne pas revenir, mais il est des cas cependant où cette sensibilité ne se perd pas ; elle ne se récupère donc pas dans ces cas-là puisqu'elle n'a pas été abolie. M. Chauveau cite à ce sujet les expériences de MM. Arloing et Tripier. La régénération nerveuse ne se fait très bien que chez les jeunes animaux et chez l'homme jeune.

M. Ve rneuil n'entend nullement contester la régénération anatomique; il parle seulement de la régénération fonctionnelle.

M. Verneuil revient sur la question de la *gangrène paludique.* Il considère à la gangrène palustre trois formes : la première dans laquelle elle apparaît comme une complication de certaines inflammations, ulcères, vésicatoires, etc.; la seconde est la forme traumatique ; la troisième, la plus fréquente, est la forme spontanée.

La gangrène paludique atteint surtout les parties périphériques, le nez, les oreilles, les doigts, etc.; elle affecte une disposition symétrique.

Le pronostic est assez bénin ; le sulfate de quinine arrête le développement du mal et favorise l'élimination des plaques sphacélées.

Comme étiologie, quelquefois la gangrène succède à des accès de fièvre violente ; dans certains cas, elle survient chez des paludiques de vieille date. Si l'on vient à lire certain mémoire de Maurice Raynaud et les travaux de quelques auteurs, on est frappé de voir l'étroite relation qui existe entre la gangrène paludique et l'asphyxie locale des extrémités.

En résumé, la gangrène palustre existe, elle est bénigne, elle présente la forme et l'évolution des autres gangrènes, elle nécessite l'association de plusieurs causes, enfin elle n'est qu'un degré de plus de l'asphyxie symétrique.

La séance est levée à onze heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE

De l'état du cœur droit dans la phthisie pulmonaire, par le Dr *J.-G. Marucheau*, in-8, 95 p. Paris, O. Doin, 1882.

M. Marucheau termine sa thèse par les conclusions suivantes : *Dans la phthisie aiguë*, dit il, la dilatation du cœur droit est fréquente. Cliniquement, il existe une forme cardiaque de la maladie.

Anatomiquement, on constate l'ectasie ventriculaire ; celle-ci est associée à une éruption confluente de granulations et à un emphysème aigu généralisé. C'est ce dernier élément qui paraît être la cause mécanique de la complication cardiaque.

Dans la phthisie chronique il faut distinguer deux cas : ou la tuberculose a évolué vers la guérison (phthisie fibreuse) et alors il n'existe pas de cachexie, ou bien la tuberculose suit son cours habituel et détermine une cachexie profonde.

Dans la phthisie fibreuse, il existe une première période d'accidents de tuberculose pulmonaire difficile à reconstituer cliniquement. C'est la *période pulmonaire de la phthisie fibreuse* aboutissant à l'emphysème généralisé.

L'emphysème est la transition obligée entre la phase précédente et la *phase cardiaque* ; celle-ci, commençant par des phénomènes passagers, périphériques, de stase, aboutit à l'asystolie.

L'asystolie peut être amenée par les progrès même de la pneumonie chronique et de ses conséquences : atrophie pulmonaire, développement d'un emphysème de plus en plus considérable, asthénie cardiaque.

Le plus souvent, il existe une cause occasionnelle, déterminante. Cette cause peut être une bronchite, une pneumonie, ou même une poussée de granulations miliaires.

Au point de vue symptomatique, l'asystolie ne présente rien de spécial. Son existence ne peut servir au diagnostic entre la tuberculose pulmonaire et les scléroses pulmonaires d'autre origine.

Une fois établie elle a une marche rapide et une issue fatale. Aux points de vue symptomatique, pronostique et thérapeutique, le malade est absolument un cardiaque.

Les causes de la dilatation cardiaque sont : les adhérences pleurales, la sclérose pulmonaire, causes accessoires, l'emphysème, cause prépondérante.

Il faut tenir compte, pour la date du développement des complications cardiaques et surtout de l'asystolie, de l'état du muscle cardiaque. Or, celui-ci paraît subir dans le ventricule droit, à la suite des lésions chroniques non cachectisantes du poumon, les mêmes lésions que le ventricule gauche en cas d'obstacle permanent à la circulation

générale. Après une période d'hypertrophie, existerait une période de dégénérescence des éléments musculaire et d'hyperplasie conjonctive (myocardite interstitielle diffuse).

La dilatation du cœur droit n'existe pas dans la phthisie ulcéreuse en voie d'évolution.

Les raisons mécaniques en sont : 1° la localisation et le peu d'importance de l'emphysème ; 2° la diminution de la masse sanguine déterminée par une cachexie qui est constante.

Cette dernière raison est la principale, car elle paraît tenir aussi sous sa dépendance l'emphysème dont elle règle l'étendue.

En effet, il existe un parallélisme absolu entre l'étendue de l'emphysème et la masse de liquide à oxygéner. L'emphysème étant en raison inverse de la cachexie.

La négligence de cet élément, masse sanguine proportionnée à l'étendue et à la liberté de la circulation pulmonaire, explique les divergences des auteurs et permet de les concilier.

L'existence de lésions tuberculeuses localisées, tant qu'elle n'a que peu d'influence sur la santé générale et ne détermine pas de cachexie, n'empêche pas l'apparition d'une dilatation du cœur droit si celle-ci est causée par des troubles de la circulation pulmonaire, ne dépendant ni directement, ni indirectement de la tuberculose.

NOUVELLES

Le choléra. — Le ministre du commerce vient d'adresser la circulaire suivante à tous les directeurs du service de santé, au sujet des mesures préventives à prendre contre le choléra :

Monsieur,

Je vous confirme mon télégramme du 4 courant, relatif aux provenances suspectes de choléra.

Des cas de choléra ont été signalés dans la mer Rouge et même à Alexandrie, à bord de navires venant de l'Inde.

Ces faits, venant s'ajouter aux craintes que pouvaient faire naître les conditions sanitaires d'autres pays, imposent au service de la santé les précautions les plus soigneuses en vue de protéger l'Europe.

Je vous invite à vous tenir exactement au courant de la situation sanitaire et à redoubler de vigilance à l'arrivée des provenances contaminées ou suspectes. Je ne saurais trop vous recommander de veiller d'une manière toute particulière à ce que les formalités de la reconnaissance et de l'arraisonnement s'accomplissent avec le soin le plus scrupuleux. Vous appliquerez ensuite rigoureusement, le cas échéant, les dispositions des règlements sanitaires.

Recevez, etc.

Le ministre du commerce,
Pierre Legrand.

P.-S. — Je vous prie de m'accuser réception de la présente lettre et de me tenir au courant des informations sanitaires qui vous parviendraient et de les communiquer immédiatement à vos collègues.

— Quelques journaux ont annoncé à la légère que quelques cas de choléra asiatique s'étaient produits à l'hôpital de la Salpêtrière.

Il importe de rétablir la réalité et de ne pas laisser s'accréditer des bruits alarmants sur l'état sanitaire de la capitale. La vérité est qu'un cas de *choléra nostras* s'est produit à l'hôpital en question ; on sait d'ailleurs que cette affection n'est pas le choléra asiatique qui sévit aux Philippines ou dans d'autres régions d'outre-mer. Le *choléra nostras* n'est pas épidémique ; il est dû à des causes individuelles et accidentelles et chaque année il s'en produit plusieurs cas à pareille époque, ainsi qu'il est facile de le constater par le bulletin hebdomadaire des décès. Il y a même lieu de remarquer que jamais il n'y a eu moins de cas de cette affection qu'actuellement.

— Dans la journée du 10 septembre, 115 indigènes et 3 Européens sont morts du choléra à Manille.

Cent vingt-cinq décès ont été constatés dans les villages environnants.

La fille de Claude Bernard. — Le tribunal de police de Boulogne-sur-Seine vient de condamner à un franc d'amende Mlle Claude Bernard, fille du célèbre physiologiste.

La cause de cette condamnation est l'état de malpropreté de la maison qu'occupe Mlle Bernard par suite du grand nombre de chiens qu'elle a recueillis.

Il est probable que la Société protectrice des animaux remboursera les vingt sous à la condamnée.

La police des cimetières en Belgique : Crémation. — Le ministre de l'intérieur, consulté sur la question de savoir si les conseils communaux peuvent faire des règlements de police permettant et organisant la crémation des morts, a fait connaître que la législation actuelle n'autorise point la crémation. Le décret du 23 prairial an XII prévoit en effet exclusivement l'inhumation des corps. L'incinération n'est admise ni réglementée par aucun texte en vigueur. Il n'appartient donc pas aux administrations communales d'autoriser un mode de sépulture qui devrait être préalablement réglementé par la loi dans l'intérêt général. Le législateur seul serait compétent pour introduire facultativement en Belgique la pratique de la crémation. La question mérite d'ailleurs un examen approfondi et on devra tout d'abord examiner si ce système est compatible avec une répression efficace des crimes et délits. Les procureurs généraux près les cours d'appel viennent d'être invités à donner leur avis sur ce point spécial. (*Revue générale d'administration*, Ministère de l'intérieur.)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

77/C.6

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 33 MARDI 19 SEPTEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECLAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

2?e Année. — Tome II. — N° 33 Mardi 19 Septembre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINEAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*suite*) (1),

Recueillies par M. Hamonic,
Interne du service.

Je ne puis m'appesantir sur le traitement des diverses modalités cliniques que les états diathésiques impriment à la syphilis. Je me bornerai à vous donner des indications générales.

Aux malades syphilitiques entachés de scrofule, vous prescrirez les amers, l'huile de foie de morue, le sirop antiscorbutique, le quinquina, les préparations martiales, phosphatées ou iodées, les sels d'or et particulièrement le chlorure d'or. On donne ce dernier sous la forme suivante :

Eau..........................	1 litre.
Chlorure d'or..................	1 gramme.

Il est bon d'ajouter 1 gramme de chlorure de sodium pour mieux faire supporter le chlorure d'or. On en donne une cuillerée à café avant chaque repas (c'est-à-dire un demi-milligramme de chlorure d'or). Le chlorure d'or agit comme excitant. Il produit parfois des troubles gastro-intestinaux, du pyrosis, de la diarrhée. Dans ce cas, prescrivez en même temps une ou deux gouttes de laudanum de Sydenham.

Vous m'avez vu prescrire le chlorure d'or à la malade couchée au n° 8 de la salle Saint-Louis. Elle était atteinte de syphilides ulcéreuses multiples et étendues, surtout au niveau des jambes. En ce moment, son état local et général est excellent. A la suite d'une chute elle s'est fracturée la malléole externe du côté gauche, il y a deux mois et demi environ. Aujourd'hui, la consolidation est parfaite et les manifestations syphilitiques sont guéries. J'ai pu chez cette malade élever progressivement la dose de chlorure d'or et administrer jusqu'à 5 cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Les eaux minérales doivent occuper une large place dans le traitement des syphilitiques scrofuleux. Les eaux de Salins, qui conviennent admirablement aux scrofuleux, doivent être écartées dans la syphilis. Elles sont trop actives. Il faut s'adresser aux eaux sulfureuses bromo-iodurées et surtout à celles de Challes-en-Savoie, aux eaux

(1) V. *France médicale*, nos 17, 18, 20, 22, 23, 26 27, 30 et 32.

sulfatées bromo-iodurées de Gazost et de Bondonneau qui ne le cèdent en rien aux sources allemandes de Nauheim.

Dans certaines circonstances, il est utile d'ordonner les eaux du Mont-Dore et de la Bourboule qui sont alcalines et arsenicales. La dernière est de plus légèrement chlorurée sodique. Toutes ces eaux sont mises en usage dans mon service ; vous êtes à même de constater les résultats excellents que j'obtiens dans le traitement du syphilitique scrofuleux.

A côté de ces eaux, on trouve celles de Luchon, d'Aix-en-Savoie, de Bagnères de Bigorre qui sont fortement sulfureuses, celles d'Uriage. Elles ne doivent s'employer qu'à une époque assez avancée de la syphilis. Les eaux de Saint-Christau (ferro-cuivreuses) agissent énergiquement chez les scrofuleux syphilitiques, surtout présentant des manifestations nasales et oculaires. Ces eaux doivent être prises sur place.

Vous avez dernièrement assisté à la guérison très rapide de la malade du n° 11 de la salle Saint-Louis. Elle était atteinte d'une énorme syphilide ulcéreuse de la cuisse gauche. Comme elle était manifestement scrofuleuse, en même temps que je faisais pratiquer des injections de peptone, à 10 milligr., j'ordonnai l'eau de Challes. Vous avez été, comme moi, surpris de la rapidité avec laquelle s'est effectuée la guérison complète de cette grave manifestation syphilitique.

Aux syphilitiques herpétiques conviennent les préparations arsénicales.

Eau....................	500 grammes.
Arséniate de soude.......	0,20 centigrammes.

Une cuillerée à bouche pendant le repas.

En donnant cette préparation pendant le repas, on évite au malade les manifestations gastralgiques et pyrosiques qui suivent son absorption.

Les eaux du Mont-Dore et de la Bourboule conviennent aussi très bien. A côté d'elles, je placerai celles de Gazost, d'Uriage, de Saint-Gervais et de Saint-Honoré (sulfureuses faibles).

La diathèse arthritique réclame le salicylate de soude à la dose de 50 centigrammes par jour, pris une heure avant le repas dans un verre d'eau d'Evian ou de Vichy (source des Célestins). Bien entendu, on devra s'assurer de l'état du rein, car une lésion de l'organe, en s'opposant à l'élimination du salicylate, pourrait amener de graves accidents d'intoxication. On peut continuer sans inconvénient le salicylate pendant des mois en employant ce mode d'administration.

Aux arthritiques syphilitiques vous prescrirez en outre les eaux bicarbonatées sodiques et lithinées de Saint-Nectaire, de Royat, de Vals ; les eaux bicarbonatées calciques de Pougues ; les eaux sulfatées calciques d'Aulus, de Capvern, etc.

Si le sujet syphilitique est chlorotique, vous prescrirez le fer, les amers, le café nègre, les eaux de la Bauche, d'Orezza, de la Reine du fer (Vals), de Renlaigue, de Sylvanès (ferro-arsenicale).

Telle est, Messieurs, le traitement du malade syphilitique et de la syphilis que vous devez employer. En suivant ces indications thérapeutiques, vous guérirez votre malade. Pour terminer cette étude de la thérapeutique de la syphilis, il me reste à vous donner quelques indications relatives au traitement local des manifestations syphilitiques.

D'abord il faut écarter toutes les causes d'irritation locale. Une hygiène sévère et une propreté scrupuleuse sont recommandées. Souvent les simples soins de propreté (bains et lotions) suffisent pour faire disparaître les accidents locaux, surtout les accidents vulvaires. Je me borne à prescrire matin et soir des lotions faites avec une solution de chloral et d'eucalyptus.

Eau	1 litre.
Chloral........................	5 ou 10 grammes.
Teinture d'eucalyptus..........	5 ou 10 —

Les poudres isolantes inertes (poudre de sous-nitrate de bismuth, d'oxyde de zinc, de lycopode, d'amidon, etc.) trouvent leur emploi pour isoler les ulcérations et les préserver du contact des liquides irritants : urine, leucorrhée.

Parfois il est nécessaire d'agir énergiquement. La conduite à tenir est variable suivant l'accident syphilitique à combattre.

Et d'abord faut-il traiter le chancre infectant? Je ne reviens pas sur la question de savoir si on peut faire avorter la syphilis en détruisant par la cautérisation ou en excisant le chancre. C'est là une prétention irréalisable, puisque la maladie est constitutionnelle lorsque l'accident primitif apparaît.

Le traitement du chancre est bien simple. Il faut éviter de l'enflammer et par conséquent proscrire comme dangereux les pansements à l'alcool, à l'urine, à la cendre de pipe ou de cigares. Le chancre est en général une manifestation bénigne. Il guérit sans traitement. Le plus souvent chez la femme il passe inaperçu, et il disparaît sans laisser de trace. Pour obtenir ce résultat il suffit de préserver la surface de tout contact irritant en la recouvrant d'une poudre isolante (amidon, bismuth, etc.) maintenue par de la charpie. Il faut, en outre, prescrire des lotions émollientes et des bains simples. Il faut éviter avec soin de faire saigner le chancre. Aussi, en renouvelant le pansement, il faut mouiller la charpie si elle est adhérente afin de ne pas irriter la partie érodée.

Si le chancre est enflammé, il faut employer les antiphlogistiques (lotions avec de l'eau de guimauve ou de laitue, additionnée d'un

peu d'opium, cataplasmes de fécule de pomme de terre). Si le chancre est anfractueux, à bords rouges, saillants, douloureux, il est bon de le panser avec la préparation suivante :

Calomel	} àà 1 gramme.
Opium......................	}
Glycérolé d'amidon............	15 grammes.

On renouvelle le pansement matin et soir, et on le fait précéder de lotions avec de l'eau coupée d'un peu d'eau de Labarraque, ou avec une infusion de roses de Provins. On peut encore employer la solution suivante :

Eau..........................	500 grammes.
Chloral	2 —

ou faire usage du vinaigre de Pennès, du coaltar saponiné, ou enfin de la poudre d'iodoforme.

On associe cette dernière à divers excipients, et principalement à la glycérine.

Iodoforme.....................	1 gramme.
Glycérine	10 —

L'odeur de l'iodoforme diminue si on a soin d'aromatiser avec de l'essence de rose.

On emploie aussi un éthérolé d'iodoforme préparé au moment de s'en servir, dans les proportions suivantes :

Iodoforme...................	1 partie.
Ether......................	de 6 à 10 parties.

On en badigeonne le chancre et on applique aussitôt un fragment de lint. Si le chancre enflammé suppure, il est bon de le panser avec la pommade suivante :

Iodoforme..................	1 gramme.
Baume du Pérou.............	3 —
Vaseline	8 —

Contre les syphilides cutanées on a employé des médications très variées (fumigations, bains, onguents, topiques, caustiques). Mais ordinairement le traitement général suffit pour amener la guérison. Cependant il est bon de prescrire des bains de son ou d'amidon, pour entretenir les fonctions de la peau. Les bains de vapeur doivent être absolument interdits. Ils affaiblissent, ils anémient le malade et ils appellent vers la peau les manifestations syphilitiques.

(La fin au prochain numéro.)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Séance du 28 août (soir).

M. François Franck lit, au nom de M. *Quinquaud*, un travail de *chimie pathologique*, dans lequel ce dernier demande que l'on change le mot impropre de ptomaïne. M. Boucheron propose de lui substituer le mot de zoamine.

M. P. Landowski lit au nom de *M. Courty* un travail sur *quelques affections du col de l'utérus, causes de stérilité*. Le col peut être atteint d'étroitesse de son orifice, de troubles de la sensibilité, de la motilité, de la nutrition, de sécrétion, qui peuvent être autant d'empêchements, soit au passage, soit à la vitalité du sperme. L'auteur indique en même temps les moyens qui doivent combattre ces affections.

M. Pros (de la Rochelle) présente l'*appareil de traction* dont il se sert dans les cas difficiles.

M. Pitre (de Bordeaux) étudie les *déformations du thorax qui produisent la voussure chez les pleurétiques*. Cette déformation est due à plusieurs facteurs. D'abord les muscles intercostaux, refoulés par l'épanchement, deviennent saillants; ensuite le côté malade de la poitrine est placé en position d'inspiration plus ou moins forcée et le sternum est refoulé en avant. Mais la voussure est surtout, comme l'a démontré M. Peyrot, le résultat d'un entraînement latéral du thorax; c'est cette déformation que M. Peyrot appelle thorax oblique ovalaire. Un excellent moyen d'apprécier cette déviation est de tendre un fil entre le milieu de la fourchette sternale et le milieu de la symphyse pubienne. Ce fil doit suivre le milieu du sternum et la ligne blanche abdominale chez les personnes bien conformées, tandis qu'il passe à 1, 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane du sternum chez les personnes atteintes de voussure.

M. Burot (de l'île d'Oléron) lit une note sur les *névropathies consécutives à des maladies aiguës*. Il range ses observations en deux catégories. Dans la première, les malades ont de la vaso-dilatation avec palpitations nerveuses, battements aortiques, et congestion des vaisseaux capillaires. Dans la seconde, ils présentent de la vaso-constriction; le spasme des vaisseaux produit le ralentissement de la circulation et l'anémie, des stéatoses viscérales et musculaires et des atrophies.

Cet état se manifeste assez longtemps après la maladie aiguë qui en a été le point de départ et, parfois, des malades restés névropathes pendant de longues années ont cessé de souffrir en même temps

qu'une tumeur du sein ou de l'utérus se développait. L'auteur pense que cette excitation du système nerveux trouve sa cause dans un trouble circulatoire vaso-moteur produit lui-même par les humeurs morbides engendrées à la suite des maladies aiguës.

M. de Villanova, délégué de la Société d'hygiène de Madrid, appelle l'attention sur les rapports qui unissent la géologie et les *études hydro-minérales*.

M. René Le Clerc communique, au nom de *M. Suchard* et au sien, une observation d'*épithélioma kystique de la clavicule*. Il s'agit d'une femme de 62 ans, arthritique, entrée à la Pitié pour une tumeur de la clavicule droite située un peu en dehors de l'articulation sterno-claviculaire. Cette tumeur eut une croissance assez rapide. M. Verneuil pensa à une ostéo-sarcome et en fit l'ablation le 27 juin dernier. Quelques accidents pulmonaires se sont déclarés au douzième jour après l'opération, suivis peu après de troubles digestifs. perte des forces et phénomènes adynamiques. Le malade a cependant résisté jusqu'à ce jour. La tumeur avait la consistance d'un ganglion lymphatique; le microscope a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma kystique de la clavicule, probablement secondaire à quelque affection néoplasique de l'estomac.

M. Certes lit un travail sur l'*analyse micrographique des eaux*. L'étude des eaux potables comporte trois sortes d'analyse : chimique, micrographique et physiologique, lesquelles s'imposent toujours soit qu'il s'agisse d'approvisionner une grande ville, soit que l'on ait à rechercher l'origine de certaines affections épidémiques. M. Certes a pour but de faire connaître les résultats obtenus par l'emploi des réactifs et notamment de l'acide osmique pour l'analyse micrographique des eaux et de faire connaître aussi les nouveaux réactifs qui peuvent être employés simultanément avec l'acide osmique ou à son défaut.

M. Pineau (de Château-d'Oléron) lit sur la *suette miliaire chronique* un travail dont voici les conclusions :

I. Il existe de la suette aiguë (sporadique ou épidémique) une forme non encore décrite que je propose d'appeler simplement « suette miliaire chronique ».

II. Succédant le plus souvent à la suette aiguë et n'en étant alors, en quelque sorte, que la convalescence longuement prolongée, elle peut cependant survenir spontanément et chronique d'emblée, ou après une période subaiguë, dans une contrée prédisposée à la suette aiguë.

III. D'après mon observation, elle n'atteindrait que les adultes et comme la suette aiguë, les femmes dans une proportion légèrement plus élevée.

IV. Ses grands symptômes rappellent ceux que Jaccoud assigne à

l'irritation cérébro-spinale ou nervosisme. Ce sont : des sueurs habituelles et profuses, une éruption miliaire rare et discrète, une parésie musculaire considérable, une atonie stomacale persistante ; puis des sensations subjectives de chaud et de froid, des douleurs névralgiformes ou rhumatoïdes, de l'angoisse épigastrique, des palpitations.

V. Cette affection, presque identique à elle-même dans tous les cas, aurait une durée de quelques mois à trois ou quatre années, avec tendance naturelle à la guérison.

VI. Le sulfate de quinine, dans quelques cas rares, mais, d'une façon générale, l'hydrothérapie à l'eau froide, et, *a priori*, les courants continus, sont les seuls agents à lui opposer bien efficacement.

La séance est levée à cinq heures et quart.

NÉCROLOGIE

HILLAIRET (J.-B.), né le 14 décembre 1815, à Angoulême, médecin honoraire des hôpitaux, est mort subitement le jeudi 14 septembre dans son cabinet. Il venait d'y recevoir plusieurs clients, lorsqu'il se sentit pris d'une douleur dans la région cardiaque, puis il s'affaissa, succombant à une angine de poitrine, comme Broca, Delpech, Chauffard.

Il avait été reçu docteur le 29 mars 1841 et soutint sa thèse sur la *Ténotomie sous-cutanée.*

Quoique n'ayant jamais été interne des hôpitaux, Hillairet, encouragé par son compatriote Bouillaud, arriva au Bureau central et s'adonna à la spécialité des maladies cutanées, à l'hôpital Saint-Louis.

Il fut élu membre de l'Académie de médecine le 13 juillet 1875, en remplacement de M. Guérard, dans la section d'hygiène et de police médicale.

Ses principaux travaux sur l'hygiène sont les suivants :

Notice sur l'empoisonnement par l'arsenic, 1847. — *Rapport sur un mémoire de M. Gintrac sur la pellagre*, 1863. — *Mémoire sur les accidents auxquels sont soumis les ouvriers employés a la fabrication des chromates.* — *Rapport sur l'enseignement de la gymnastique dans les lycées*, 1869. — *Rapport sur un nouveau système de construction de l'ingénieur Tollet pour le casernement et les hôpitaux militaires*, 1875. – Dans la séance du 18 juillet dernier, il avait fait à l'Académie de médecine un *Rapport sur la durée de l'isolement dans les maladies contagieuses.*

En 1881, il a publié un *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.*

Hillairet était membre du comité consultatif d'hygiène, médecin du lycée Saint-Louis, officier de la Légion d'honneur. A. CORLIEU.

Les obsèques ont été célébrées le 16 septembre en l'église de la Madeleine. Les honneurs funèbres étaient rendus par un détachement du 89e de ligne. Le deuil était conduit par le fils et le gendre du défunt. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. *Béclard* au nom de l'Académie de médecine, *Desnos* au nom de la Société médicale des hôpitaux, *Dumontpallier* au nom de la Société de biologie, et *Bouchardat* au nom du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

L'inhumation a eu lieu au Père-Lachaise. Trois discours ont été prononcés par MM. *Desnos*, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, *Dumontpallier*, secrétaire général de la Société de biologie, et *Lagneau*, membre de la section d'hygiène de l'Académie de medecine.

Nous reproduisons ci-après les discours de MM. Dumontpallier et Desnos.

DISCOURS DE M. DUMONTPALLIER.

Messieurs,

Le titre de secrétaire général d'une Société savante impose trop souvent, hélas! l'accomplissement d'un pénible devoir, celui de rendre un suprême hommage à ceux que la mort enlève à la science et à l'estime affectueuse de leurs collègues. Ce devoir est plus pénible encore à remplir, lorsque l'on a le sentiment que l'éloge de celui qui n'est plus eût pu être prononcé par une voix plus autorisée.

Hillairet avait été élu membre de la Société de biologie en 1859, après avoir communiqué à notre Société les principales observations de son mémoire magistral sur l'étude clinique des hémorrhagies du cervelet. Ce travail avait pour bases des documents personnels, recueillis à l'hospice des Incurables. Il témoignait d'une grande sagacité de la part du clinicien et fut un progrès dans le diagnostic des localisations des lésions de l'encéphale. Le temps, ce grand juge des œuvres de tous, n'a fait que consacrer la valeur du mémoire de notre collègue.

Quelques années plus tard, Hillairet, continuant ses études cliniques sur les maladies du système nerveux, donnait à notre Société une observation de vertige par lésion de l'appareil auditif. Cette note critique confirmait les observations cliniques de Menière et les recherches de physiologie expérimentale de Signol et Vulpian.

Mais bientôt le médecin de l'hôpital Saint-Louis devait étudier plus spécialement les maladies de la peau. Il ne tarda pas à acquérir une grande expérience pratique en dermatologie et, tout en ren-

dant un juste hommage au chef d'une école célèbre, il sut rester éclectique.

Dans ces dernières années, Hillairet avait consacré une grande partie du temps que lui laissaient ses nombreuses occupations à l'étude de la lèpre tuberculeuse et, voulant apporter dans son enseignement libre les progrès de l'histologie, il avait associé à ses recherches de jeunes travailleurs. Alors en 1880, il communiquait à la Société de biologie, en collaboration avec le Dr Gaucher, une note sur le parasitisme de la lèpre. Il y a quelques mois à peine il avait fait paraître le premier fascicule d'un traité des maladies de la peau. C'est dire qu'Hillairet a travaillé jusqu'à la dernière heure. Sa vie a été bien remplie et la Société de biologie, dont il fut deux fois vice-président, perd aujourd'hui un collègue éminent qui, par son travail et son caractère, avait mérité l'estime de tous.

DISCOURS DE M. DESNOS.

Lorsque, la semaine dernière, j'accusais la mort d'être cruelle à la Société médicale des hôpitaux, en frappant à coups précipités ses membres les plus éminents, j'étais loin de penser que, redoublant ses rigueurs, elle allait, après quelques jours à peine écoulés, m'appeler de nouveau au douloureux honneur de rendre les suprêmes hommages de la Societé à un homme qui ne fut pas seulement un de mes collègues, mais un de mes maîtres aimés et vénérés.

En peu d'instants, en peu de minutes, un mal implacable à terrassé cette nature vigoureuse et l'a enlevée à notre affection.

Mais si l'heure qui marque le terme de notre destinée en ce monde a brusquement et, on peut dire prématurément, mis fin à la carrière de M. Hillairet, au moins celle-ci a-t-elle été bien remplie. L'activité, le travail et la science en ont, pour ainsi dire, doublé l'étendue.

Déjà, et depuis plusieurs années, dans la Presse médicale, dans des recueils scientifiques spéciaux ou encyclopédiques, près des corps savants qui lui décernaient leurs prix, M. Hillairet avait accumulé des travaux qui avaient attiré sur lui l'attention du monde médical. Il en trouvait la première récompense dans sa nomination de chef de clinique de la Faculté, et au bout de peu d'années, le concours lui donnait, dans le corps des médecins des hôpitaux, une place qu'il a toujours si dignement occupée.

Le champ de la médecine est tellement vaste qu'il n'est guère possible à l'intelligence humaine, si bien douée qu'elle soit, d'en cultiver avec le même soin, le même succès, toutes les parties. Chacun de nous possède en soi des goûts, des aptitudes particulières qui le portent plus spécialement vers l'étude de tels ou tels groupes de questions. En dehors des recherches sur l'hygiène et la dermatologie qu'il poursuivit avec tant de succès, notre collègue se sentait surtout

entraîné vers les travaux relatifs à la physiologie et à la pathologie du système nerveux. C'est cette inclination très décidée qui nous valut une série de mémoires, d'observations sur les lésions du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière, entre lesquels il faut avant tout citer son mémoire sur l'hémorrhagie cérébelleuse, affection non encore décrite, qui figure dans les *Actes de la Société des hôpitaux*, qui fut, à l'époque où il parut, fort remarqué et mérita à son auteur un prix de l'Institut. Nos *Bulletins et Mémoires* contiennent encore plusieurs publications de M. Hillairet. Personne parmi nous n'a perdu le souvenir du rapport sur la pellagre à l'occasion du mémoire de Gintrac sur la pellagre endémique du département de la Gironde et qui, sous le titre modeste de rapport, constituait un travail important à côté de celui du médecin bordelais.

Outre les questions de pathologie et de nosologie afférentes à ce fléau qui, en certaines régions, décime les populations rurales, notre collègue a surtout envisagé les aspects hygiéniques et prophylactiques de ce sujet avec cette autorité et cette compétence en hygiène qui lui ont donné entrée à l'Académie.

De bonne heure M. Hillairet entra à l'hôpital Saint-Louis où il resta jusqu'au moment de sa retraite. Dès lors ses aptitudes de clinicien se tournèrent vers la dermatologie qui fut, avec l'hygiène, l'objet des préoccupations de son existence médicale. C'est à Saint-Louis que s'est développé le côté vraiment original de son rôle dans la carrière hospitalière. Il fut, en effet, le créateur d'un service où il était possible aux hommes d'étude de comparer la physionomie de la pathologie cutanée dans les classes aisées de la société avec celle qu'elle peut présenter dans les autres salles de cet hôpital consacrées au traitement des pauvres. Ce n'est pas tout : bientôt ce pavillon Gabrielle, théâtre de sa pratique dermatologique, où ses conférences cliniques attiraient de nombreux auditeurs, acquit une célébrité qui ne s'étendit pas seulement en France, mais jusque dans les deux hémisphères et devint le rendez-vous d'affections exotiques de la peau que dans nul autre centre d'instruction peut-être il n'est permis d'observer dans des conditions aussi favorables. Les contributions de M. Hillairet au musée de l'hôpital Saint-Louis, remarquables au milieu des richesses qui y sont accumulées, témoignent, du reste, de l'intérêt du service qu'il dirigeait. Aussi, dans ce milieu fécond, avait-il fait une ample moisson de matériaux précieux qu'il s'occupait à mettre en œuvre pour élever, comme couronnement de sa vie de praticien, un monument à l'histoire des maladies de la peau. Poignant eût été son chagrin s'il avait pu prévoir qu'il succomberait avant d'avoir mis la dernière main à cet ouvrage dont il m'avait entretenu plusieurs fois et qu'il appelait son testament médical.

Reconnaissante de son assiduité à ses séances, de son dévouement

et de la part prise à ses travaux, la Société des hôpitaux lui avait témoigné sa gratitude comme elle a l'habitude de le faire avec ceux qui ont bien mérité d'elle, en l'appelant à la présidence. Il n'y a que peu d'années encore qu'il en occupait le fauteuil où, malgré les devoirs que lui imposaient ses multiples fonctions publiques, il ne fit jamais défaut. Ce nouveau lien, qui venait d'unir plus étroitement la Société au mort que nous pleurons, rend plus déchirante encore, ô cher maître, l'heure des adieux pour vos collègues et pour celui qui tient en grand honneur d'avoir été votre élève.

La mort rapide et inopinée du Dr Hillairet est un véritable deuil pour tous ceux qui l'ont connu, pour ses élèves auxquels il montrait un si bienveillant attachement, surtout pour celui qui écrit ces lignes et dont il fut le maître aimé et honoré. Ern. GAUCHER.

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 11 septembre 1882, M. Paret (Auguste-Emmanuel), médecin major de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de 1re classe, dans le cadre des officiers de réserve. — Emploi vacant par organisation.

— Par décret en date du 4 septembre 1882, M. Pauly (Charles-Pierre), médecin principal de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de 1re classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.— Emploi vacant par organisation.

INFIRMIERS MILITAIRES. — Le *Journal officiel* du 16 septembre publie un décret rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies et réglant la création d'un personnel militaire d'infirmiers permanents.

LES PHARMACIENS. — Depuis quelque temps, des plaintes parvenaient à l'Ecole de pharmacie contre certains pharmaciens qui refusent de recevoir dans leur officine des blessés ou des malades relevés sur la voie publique, prétendant que la réception de ces personnes leur fait du tort auprès de leur clientèle.

Le directeur de l'Ecole de pharmacie vient de rappeler à tous les pharmaciens que l'une des conditions de l'ouverture d'une officine est de recevoir tous malades ou blessés qui ont besoin de soins urgents.

Les pharmaciens ne sont d'ailleurs pas obligés de fournir gratuitement les médicaments employés : si les personnes portées chez eux ne peuvent en acquitter le prix, le remboursement s'opère par les soins du commissaire de police du quartier où l'accident est arrivé.

Le directeur de l'Ecole rappelle en outre aux pharmaciens que les soins et les médicaments ne doivent être donnés que par eux ou par leurs élèves, et que ces derniers doivent être inscrits à l'Ecole de pharmacie.

Le choléra. — Dans la journée du 13 septembre, 48 indigènes sont morts du choléra à Manille; 151 ont succombé dans les villages environnants.

Dans la journée du 12 septembre, 94 décès avaient été constatés à Manille et 154 dans la province.

Le nombre des décès, pour la journée du 14 septembre, a été de 58 à Manille, et de 184 dans les environs.

Rafflesia Arnoldi. — La fleur de la *Rafflesia Arnoldi* n'est peut-être pas la plus grande de toutes celles qui existent sur la terre. M. Boussenard a vu dans un marais immense (savane tremblante du haut Maroni, Guyane française) des échantillons de *Victoria Regi*, dont la fleur mesurait généralement de 1 mètre à 1 m. 15 de diamètre. Si la grande nymphæacée des forêts vierges du nouveau monde peut lutter avec avantage, comme volume, avec la fleur du parasite géant des îles Indo-Malaises, elle ne lui est pas inférieure en éclat et en fraicheur. Il y a peut-être injustice à donner le premier rang à ce végétal baroque, fort judicieusement dénommé par les Malais « arbre sans tige », sans rappeler, au moins pour mémoire, l'admirable nymphæa dont la grâce égale la grandeur. Quant aux huit ou dix litres d'eau que renferment comme dans une vasque les pétales de la *Rafflesia Arnoldi*, on ignore si les familiers du musée berlinois en feront leurs délices, à titre de curiosité, bien entendu. Même pour un voyageur altéré, ce produit de sécrétion, tiède, nauséeux saturé de débris de cellules végétales, habité par des myriades de petits vers rouges, est d'une absorption dangereuse peut-être, répugnante à coup sûr. M. Boussenard en a essayé, ainsi que du liquide contenu dans le réservoir du *Nepœthis distillatoria*, c'est absolument écœurant. Heureusement que l'eau des rivières n'est pas rare sous les grands arbres des forêts vierges de Sumatra, de Java, ou de la région équatoriale sud-américaine.

Bulletin de la mortalité *du* 7 *au* 13 *septembre* 1882. — Fièvre typhoïde, 75. — Variole, 10. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 60.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 58.

Bronchite aiguë, 8. — Pneumonie, 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 83; au sein et mixte, 63; inconnu, 8. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 65; l'appareil circulatoire, 52; l'appareil respiratoire, 51; l'appareil digestif, 52; l'appareil génito-urinaire, 22; la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 4; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 44. — Causes non classées, 7. — Nombres absolus de la semaine, 991.

Résultats de la semaine précédente : 934.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. Parent, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 34 JEUDI 21 SEPTEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 34. Jeudi 21 Septembre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 20 septembre 1882.

Hier déjà la séance de l'Académie était mieux remplie et ne s'est terminée qu'à l'heure habituelle; le bureau s'était accru de M. le secrétaire perpétuel, les académiciens étaient plus nombreux et la salle des pas perdus reprenait une partie de son animation. Le retour des académiciens coïncide avec le départ des hirondelles et nous fait présager un hiver peu clément.

M. Jules Guérin ne se sera pas reposé pendant un seul jour de sa magnifique vieillesse et beaucoup désireraient avoir l'entrain, la vigueur et l'éloquence de ce toujours jeune vieillard de quatre-vingt-quatre ans. L'éminent académicien tient à laisser intact l'édifice qui lui a coûté de longues années de travail et il ne permet aucune atteinte aux théories qu'il a dès longtemps professées. Cette fois il s'agissait du pied bot chez l'enfant, pour lequel M. Jules Guérin a obtenu de très beaux succès par la ténotomie, le massage et l'application d'appareils, et il s'élève contre les chirurgiens qui, oublieux des principes, font subir aux membres des mutilations dangereuses et inutiles par l'ostéotomie et l'ablation d'un ou plusieurs os du tarse. M. Gosselin s'associe aux critiques de M. Jules Guérin, mais déclare qu'elles ne peuvent, à sa connaissance, s'appliquer à aucun chirurgien français. Cependant les paroles de M. Tillaux montrent que ces opérations ont été pratiquées en France, tout au moins chez les adultes et dans des cas où les manipulations et les appareils ne pouvaient donner aucun résultat.

M. Bouley a permis un retour offensif de M. Jules Guérin en parlant des microbes et des inoculations préventives. Le microbe envahit de plus en plus la pathologie et peut-être M. Pasteur lui-même n'est-il pas très enthousiaste de ces incursions qui pourraient compromettre ce qu'il peut y avoir de solide dans ses conquêtes. Cette fois il s'agit du mouton et de la clavelée et M. Bouley relate les expériences de M. Peuch, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, qui indique le moyen d'inoculer au moutons le vaccin préventif de cette redoutable maladie. En présence de résultats aussi merveilleux il est cependant permis de conserver un scepticisme de bon aloi.

A. Ch.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — SERVICE DE M. LE Dr MARTINEAU.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*suite et fin*) (1),

Recueillies par M. Hamonic,
Interne du service.

Afin de hâter la résolution des syphilides papuleuses et surtout lenticulaires, il est bon d'employer la pommade au précipité blanc :

Axonge.....................	50 grammes.
Précipité blanc..............	2 ou 4 grammes.

M. E. Besnier emploie le topique suivant :

Onguent populéum...............	40 grammes.
Onguent de Vigo...............	10 —

Ces topiques peuvent être employés dans les cas de syphilides bulleuses. Mais il faut avoir soin, avant de les appliquer, de faire tomber les croûtes au moyen de cataplasmes. On peut aussi faire des pansements par occlusion avec l'emplâtre de Vigo. On tiendra la même conduite en présence du périonyxis syphilitique, quand on aura fait tomber l'inflammation à l'aide des antiphlogistiques.

Pour combattre les syphilides ulcéreuses, on fait usage des mêmes préparations ou de la solution de chloral à 5 pour 100. S'il s'agit d'une syphilide ulcéreuse grave, j'emploie de préférence le sulfure de carbone qui est à ce titre un excellent modificateur. Vous avez vu, à la salle Saint-Louis, une malade atteinte d'une énorme syphilide ulcéreuse tertiaire de la fesse droite. Elle n'avait pu être guérie à l'hôpital Saint Louis. Je l'ai soumise aux injections de peptone à 10 milligrammes, et localement j'ai agi avec le mélange suivant :

Sulfure de carbone.............	16 grammes.
Teinture d'iode................	4 —
Essence de menthe............	IV gouttes.

On imbibe un pinceau de charpie ébarbé, et on le promène rapidement sur la plaie que l'on recouvre ensuite de poudre de sous-nitrate de bismuth maintenue par de l'ouate. Cette méthode de traitement, prônée par le Dr Guillaumet, ancien interne de la prison Saint-Lazare, dans le service de Costilhes, donne d'excellents résultats. Il est remarquable surtout de constater sa rapidité d'action.

Les syphilides muqueuses n'exigent le plus souvent que des soins de propreté. Toutefois, il faut dans certains cas les cautériser avec le crayon de nitrate d'argent. Vous rejetterez l'emploi de certains caustiques violents, tels que le nitrate acide de mercure, l'acide chromique ou le chlorure de zinc. Ces caustiques, outre qu'ils sont

(1) V. *France médicale*, nos 17, 18, 20, 22, 23, 26 27, 30, 32 et 33.

dangereux à manier, produisent des douleurs violentes, exposent à des accidents graves d'intoxication, et ne guérissent pas mieux les syphilides que le nitrate d'argent. Je fais un usage journalier des lotions et des irrigations avec la solution de chloral à 5 pour 100, et vous en appréciez comme moi les résultats heureux.

Je ne vous parle pas de l'excision des syphilides préconisée par quelques médecins. C'est une pratique thérapeutique déplorable. En effet, les syphilides disparaissent toujours sans qu'il soit besoin de les exciser, par le fait du traitement général et local, sans laisser de traces; excisées, elles laissent des cicatrices. Si le malade offre des syphilides anales, on met des mèches à la pommade d'iodoforme. Contre les syphilides vaginales, on prescrit des irrigations avec la solution de chloral. Contre les syphilides laryngées, on emploie des cautérisations légères avec une solution de nitrate d'argent au 25e ou au 15e. On touche le larynx avec l'éponge porte-caustique qu'on dirige à l'aide du miroir laryngien. Même traitement, s'il s'agit de syphilides nasales. De plus, on fait priser au malade la poudre suivante :

Calomel	āā 10 grammes.
Sucre	

et on lui fait irriguer les fosses nasales avec la solution :

Eau	1000	grammes.
Chloral	50	—
Teinture d'eucalyptus..........	10	—

à laquelle on ajoute une quantité d'eau variable suivant les cas. Dans certaines circonstances, on pratique par l'arrière-cavité des fosses nasales des pulvérisations avec la solution suivante :

Acide carbolique liquide.......	2	grammes 30
Borax......................	2	—
Bicarbonate de soude	2	—
Glycérine....................	7	—
Eau	240	—

Telle est, Messieurs, la thérapeutique générale et locale de la syphilis. En suivant les préceptes que je vous ai donnés, vous êtes assurés de guérir cette maladie constitutionnelle considérée encore de nos jours comme incurable.

Guérir la syphilis, Messieurs, c'est bien. La prévenir, enrayer son développement, sa propagation, vaut mieux. C'est le but que le médecin doit atteindre. Je ne saurais donc terminer cette étude de la thérapeutique de la syphilis sans vous exposer les moyens prophylactiques anciens ou nouveaux, mis en usage par les médecins et les municipalités. Cette étude, toutefois, serait trop longue ; permettez-moi de la renvoyer à une autre époque. Aujourd'hui, je veux me

borner à vous donner quelques indications qui vous serviront à méditer ce grand problème de sociologie.

La prophylaxie de la syphilis comporte deux problèmes à résoudre, suivant qu'on l'envisage comme *individuelle* ou *générale*. Le premier consiste à préserver l'individu de la syphilis. A cet effet, avant le coït, il faut faire lotionner les parties génitales de la femme avec de l'eau alcoolisée, ou avec une solution de chloral et d'eucalyptus, ou encore avec de l'eau de Cologne, du vinaigre de Pennès ou avec de l'eau de Labarraque fortement coupée. Après le coït, il ne faut pas négliger de faire les mêmes lotions. Je ne vous parle pas du *Condom*, moyen préservatif des plus dangereux par la fausse sécurité qu'il donne et la négligence qu'il occasionne.

La prophylaxie générale comporte des questions très importantes à résoudre. Sachez d'abord que la prostitution s'exerce de deux façons : par les femmes cartées et par les femmes libres. Les premières sont soumises à des visites réglementaires qui ont lieu tous les quinze jours (deux fois par mois). Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'insuffisance absolue de ces visites. Si les conditions matérielles ne s'y opposaient pas, les femmes cartées devraient être examinées tous les jours, afin que le médecin pût surprendre sur le fait le développement de la maladie vénérienne. Dans tous les cas, lorsqu'il s'agit de questions de santé publique aussi importantes non seulement pour l'individu, mais encore pour l'Etat, les municipalités devraient prendre des mesures sanitaires plus complètes et supérieures à celles actuellement en vigueur, et faire procéder à ces visites tous les deux à trois jours au moins. Il suffit pour cela d'avoir un personnel médical plus nombreux.

Les dernières, dans l'état actuel de la législation, ne sont soumises à aucun contrôle, à aucun examen médical. Or, si nous consultons les statistiques françaises et étrangères, nous voyons, relativement au sujet qui nous occupe, que la prostitution réglementée donne, pour la propagation de la syphilis, une moyenne cinq ou six fois moindre que la prostitution clandestine. La surveillance de la police devrait donc s'exercer d'une façon spéciale sur les femmes qui se livrent à la prostitution clandestine. Ici, je le sais, s'élève la question de liberté individuelle, à laquelle il est difficile de porter atteinte et qui rend la solution du problème difficile. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prévenir le développement d'une maladie qui intéresse la généralité par les perturbations qu'elle produit dans la reproduction de la race, l'individualité doit disparaître et le législateur ne doit pas s'arrêter devant les mesures les plus propres à tarir la source de la contagion. Parmi les moyens dont l'exécution serait facile, il me semble que soumettre l'individu, homme ou femme, arrêté sur la voie publique, à un examen spécial, serait de première nécessité; s'il

était trouvé malade d'une affection vénérienne, il serait consigné d'office dans un hôpital spécial jusqu'à complète guérison. Au besoin, s'il était condamné pour la cause de son arrestation, on pourrait lui tenir compte du temps passé à l'hôpital. Je livre, Messieurs, ces considérations à vos méditations. J'aurais pu en développer un plus grand nombre, mais, outre que cette dissertation sociologique nous entraînerait trop loin du sujet que je voulais traiter cette année devant vous, je me propose d'étudier dans un livre spécial sur la prostitution toutes les questions qu'elle soulève. Je vous demande donc crédit de quelques mois. Mais pour vous montrer que cette étude de la prostitution clandestine s'impose aux administrations communales et qu'il est urgent d'y remédier promptement, il me suffit de vous citer deux chiffres qui prouvent l'extension de la syphilis. L'hôpital de Lourcine, hôpital où ne sont admises que les femmes qui se livrent à la prostitution clandestine, recevait, en 1871, 1,460 vénériennes; en 1881, il en recevait 1,964. Nos services sont constamment au complet. Malgré tous nos efforts, à chaque consultation hebdomadaire, pour recevoir le plus grand nombre de malades en faisant établir des lits supplémentaires, nous sommes obligés d'en refuser. Ce qui vous prouve que les mesures de police sont dérisoires, que la prostitution clandestine augmente et que par cela même la syphilis se développe de plus en plus. Il est donc urgent d'agir le plus rapidement et de porter un remède efficace à la propagation de la syphilis. L'administration de l'assistance publique, en permettant aux médecins de l'hôpital de Lourcine la délivrance gratuite des médicaments, facilite la guérison de la syphilis. A l'administration communale d'enrayer les progrès de la prostitution clandestine, agent de la propagation, de l'extension de la syphilis. Si elle n'est pas suffisamment armée par la législation actuelle, qu'elle provoque la promulgation d'une loi plus complète et plus sévère.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *septembre* 1882. — *Présidence de* MM. Bouley et Larrey.

La Correspondance officielle comprend une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique, transmettant à l'Académie une brochure de M. Hubert Boens, président de la ligue universelle des antivaccinateurs; cette brochure est le compte rendu du congrès de Cologne.

La correspondance manuscrite comprend : 1° un pli cacheté sans nom d'auteur avec cette devise : « Toujours de l'avant » ; 2° plusieurs lettres émanant d'étrangers, anglais ou allemands, et contenant des recettes infaillibles pour guérir la diphthérie. Les courts

mémoires annexés à ces lettres sont destinés à concourir pour le prix Saint-Paul.

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Hillairet et prie M. Lagneau de lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe.

M. Lagneau lit ce discours accueilli par de nombreux applaudissements.

M. le président annonce à l'Académie que *M. Donders*, membre associé étranger à Amsterdam, assiste à la séance.

Note sur l'ostéotomie et la tarsotomie dans le traitement du pied bot congénital. — *M. Jules Guérin* combat les procédés employés par les chirurgiens de divers pays dans le traitement du pied bot congénital. Ces chirurgiens semblent oublier que le pied bot est dû à la rétraction de divers muscles ou tendons. Tous les pieds bots peuvent être traités par les trois moyens suivants : la ténotomie, les manipulations, les appareils. Les résultats obtenus par M. Jules Guérin ont été communiqués dans un rapport au conseil général de l'assistance publique ; le succès n'a offert d'autres restrictions que celle apportée par l'insouciance et le manque de persévérance des malades. M. J. Guérin est prêt à répéter devant n'importe qui l'application de sa méthode. Il n'est pas de pied bot dans lequel on ne puisse éviter l'ostéotomie et la tarsotomie.

On ne peut méconnaître que l'enlèvement total ou partiel d'un ou plusieurs os du tarse met le malade dans des conditions physiologiques plus défavorables que ne le fait le pied bot le plus avancé.

La tarsotomie peut s'appliquer dans les déformations du pied résultant des affections articulaires ou osseuses, mais non dans le véritable pied bot.

Des courtes considérations qui précèdent, M. J. Guérin se croit autorisé à conclure :

1° Que la tarsotomie, ablation et résection des os du tarse pour remédier aux pieds bots, même les plus prononcés chez l'enfant, est une opération qui doit être réprouvée comme un des plus graves abus de la chirurgie contemporaine, au nom des principes et de la pratique.

2° Que cette méthode, qui se résout dans une mutilation inutile et dangereuse au double point de vue de la forme et des fonctions du pied, peut toujours être empêchée et suppléée par la vraie méthode orthopédique, laquelle comprend la ténotomie, la syndesmotomie, le massage et les appareils orthopédiques.

3° Que la tarsotomie, excusable tout au plus chez l'adulte, et pour des pieds bots invétérés, n'a pas montré jusqu'ici qu'elle fût préférable, au point de vue des dangers à faire courir et des services à rendre, au maintien de la difformité aidée d'appareils et de chaussures intelligemment appropriées aux déformations du pied.

4° Finalement, qu'il n'y a pas lieu d'invoquer, pour justifier les tentatives blâmables de la tarsotomie orthopédique, les applications possibles de cette méthode aux déformations résultant des maladies des os du tarse, après la disparition des accidents causés par ces dernières, ces applications ne pouvant en aucune façon être confondues avec celles proposées pour le pied bot ; toutes réserves faites à l'endroit des opérations de pseudo-tarsotomie que l'expérience seule pourra faire apprécier, et qu'elle n'a pas permis d'apprécier jusqu'ici.

M. Gosselin déclare que les critiques très légitimes que M. Jules Guérin adresse aux opérations de tarsotomie faites pour des pieds bots chez les enfants ne peuvent s'appliquer à aucun chirurgien français.

M. Blot s'associe aux critiques de MM. J. Guérin et Gosselin et ajoute qu'il faut avoir perdu la tête pour faire des opérations d'ostéotomie dans les cas de déformation des membres par rachitisme chez les enfants.

M. Tillaux. Il y a deux cas très différents dans le pied bot, il y a le pied bot de l'enfant et le pied bot de l'adulte. Pour l'enfant assurément il faut employer les procédés de M. Jules Guérin, mais chez l'adulte ces moyens sont absolument insuffisants. M. Tillaux fait donc des réserves à l'occasion de la tarsotomie dans le traitement du pied bot chez l'adulte.

M. Jules Guérin n'a pas accusé les chirurgiens français, mais il ne peut admettre comme M. Gosselin qu'aucun chirurgien français ne soit tombé dans ce travers. L'orateur s'associe à ce qu'a dit M. Blot sur la mutilation des os rachitiques. A la période d'éburnation, alors qu'il n'y a plus moyen de guérir, M. Jules Guérin a cependant conseillé d'enlever des coins dans les os rachitiques, pour en obtenir le redressement.

Pour le pied bot chez l'adulte même, M. Jules Guérin parle des inconvénients, des dangers même des ostéotomies.

M. Blot ne croit pas à l'avenir de l'ostéotomie même dans le cas d'éburnation, il rappelle les risques que la chloroformisation à elle seule fait courir à ces malades pour les guérir d'une infirmité qui ne leur empêche nullement la marche.

QUELQUES NOTES SUR LA CLAVELISATION DANS LE MIDI DE LA FRANCE. — *M. Bouley* communique à l'Académie une note de M Peuch, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse. Cette question a une grande importance au point de vue économique. M. Peuch a été envoyé par le gouvernement dans le pays ou la clavelée fait le plus de ravages. C'est surtout dans le midi que la clavelisation fait perdre un nombre considérable de moutons. Le mouton africain prend la clavelée et la transporte avec une complète indifférence, il n'en est pas de même du mouton français.

M. Peuch a cherché un procédé de clavelisation dont les suites seraient simples et peu dangereuses. Ayant eu l'occasion, à l'école vétérinaire de Lyon, de suivre les expériences de M. Chauveau sur la vaccine, il avait vu que les injections sous-cutanées de vaccin conféraient l'immunité sans donner autre chose qu'une petite maladie purement locale. M. Peuch a donc dilué le claveau (ou vaccin de la clavelée) et l'a injecté sous la peau du mouton. Le titre de la dilution a varié de 1/20 à 1/50; M. Peuch a injecté le claveau dans le tissu cellulaire sous-cutané à la dose de quelques centigrammes de la dilution Les effets de cette inoculation ont toujours été très bénins. M. Peuch préfère l'inoculation de la dilution au cinquantième à la dose de 8 centigrammes et demi.

Les effets des inoculations varient selon le degré de la dilution. Sans doute on peut encore abaisser le titre du mélange tout en obtenant des effets suffisants; on pourrait de même diminuer la quantité du liquide injecté. L'éruption symptomatique de la clavelée n'est pas nécessaire.

Ce fait, ajoute M. Bouley, peut être l'origine d'expériences très intéressantes. Cela montre qu'il n'est pas nécessaire, pour qu'une maladie contagieuse soit donnée, qu'elle se manifeste par tous ses caractères anatomiques.

La maladie est causée par la pullulation dans l'économie de l'infiniment petit qui est la caractéristique de cette maladie. L'animal peut avoir la maladie sans en présenter les lésions anatomiques; la preuve c'est que, lorsque les animaux ont été inoculés, on ne peut plus leur faire contracter la maladie, et cependant ils n'ont aucune lésion organique.

M. Bouley demande pourquoi M. J. Guérin ne veut pas admettre qu'on puisse inoculer à la queue d'une vache le virus de la péripneumonie, sans donner à cette vache les symptômes de la péripneumonie.

M. Jules Guérin a déjà dit devant l'Académie qu'il fallait distinguer les deux modes d'inoculation, par l'injection sous-cutanée et par la simple incision de la peau. Il a lui-même vacciné par la méthode sous-cutanée.

M. Bouley n'a pas le droit de croire qu'en inoculant son virus il inocule réellement une véritable péripneumonie. Que M. Bouley mette les animaux inoculés en contact dans une étable avec des animaux sains, on verra s'ils communiquent à ces derniers la péripneumonie contagieuse.

M. Bouley réserve la discussion pour plus tard, mais il maintient énergiquement ceci : qu'on est en train de trouver l'élément contagieux de la péripneumonie; la preuve que le liquide confère réellement l'immunité, c'est que le même virus injecté ailleurs qu'à la

queue est mortel ; d'autre part, les animaux inoculés à la queue ont si bien l'immunité que plus tard ils ne subissent plus aucune atteinte de l'inoculation faite en tout autre point du corps.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

La chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

En 1756, l'ancienne Faculté de médecine avait songé, sous le décanat de Boyer, à des réformes importantes dans l'enseignement. Elle avait demandé l'augmentation du nombre des chaires, et parmi les nouvelles était celle de l'*Histoire des maladies et de la thérapeutique pratique*. Cette demande resta lettre morte jusqu'en 1778, où les docteurs régents Duchanoy et Jumelin publièrent un mémoire pour démontrer la nécessité de créer une chaire de clinique à la Faculté de Paris.

Malgré l'excellence des raisons invoquées, la chaire ne fut pas créée. La Révolution arriva, qui se chargea de dissoudre la vieille Faculté pour la reconstituer sur des bases nouvelles.

On reconnut l'importance de l'enseignement de la médecine au lit des malades et le comité d'instruction publique de la Convention nationale fixa ainsi le programme et le plan du cours de médecine clinique interne, qui fut établi à l'hospice de l'Unité, — nom nouveau donné à l'hôpital de la Charité.

« Le professeur aura attention de prendre parmi les malades qui se présenteront à l'hospice de l'Unité, ceux dont les affections se rapprocheront le plus de celles qui sont communes dans les armées, pour les placer dans la salle destinée provisoirement à l'Ecole de clinique.

Il les séparera selon leurs maladies aiguës ou chroniques, suivant en cela la division la plus facile et la plus généralement adoptée. Il recueillera scrupuleusement et comme chose essentiellement utile à l'enseignement les cas difficiles ou extraordinaires.

Son enseignement se divise naturellement en deux temps, l'un au lit du malade, l'autre dans l'amphithéâtre ou salle de conférence.

1er TEMPS. — Au lit de chaque malade, il s'arrêtera le temps nécessaire pour le bien interroger, pour l'examiner convenablement et il fera remarquer aux élèves les signes diagnostiques et les symptômes importants de la maladie, observant de ne rien dire ou de ne rien laisser échapper aux élèves qui puisse alarmer le malade.

2e TEMPS. — A l'amphithéâtre, il reprendra l'histoire de chaque maladie, suivant l'ordre dans lequel les malades auront été visités.

Il en exposera de nouveau le diagnostic, en démêlera les complications, en recherchera les causes connues, — probables, — cachées.

Il essaiera d'en déterminer le pronostic certain ou douteux.

Il en fera saisir les indications : vitales (pour remplir les indications énoncées), — curatives, — palliatives.

Enfin, il rendra raison des motifs qui l'auront engagé à l'emploi des remèdes qu'il aura prescrits.

Il terminera par fixer l'attention des auditeurs sur la diète ou le régime du malade.

En cas de mort, le professeur, après une récapitulation sommaire de l'histoire du traitement de la maladie, indiquera ce qu'il présumera devoir se rencontrer dans le cadavre, soit comme préexistant à la maladie, soit comme cause de la maladie, soit comme effet de la maladie ; il en fera l'ouverture lui-même, pour confirmer cet aperçu, ou instruire même par ses erreurs.

A la fin de chaque saison ou trimestre, il offrira aux élèves un tableau comparatif de la nature des maladies qui auront régné, et de la météorologie observée pendant les trois mois ; les vicissitudes qu'elles auront présentées, selon celles de l'atmosphère ; et il tâchera de faire le rapprochement de ces maladies avec ce que les anciens et les modernes ont écrit sur les maladies des saisons (1). »

Corvisart, qui avait été reçu docteur régent à l'ancienne Faculté le 7 septembre 1782, qui avait été élu professeur *Scholarum* en 1786, et professeur de pharmacie en 1789 et qui était médecin en second de l'hospice de l'Unité, fut choisi comme professeur titulaire de clinique interne et on lui donna comme adjoint Leclerc (Cl.-Barthélemy), reçu docteur régent le 16 septembre 1785, et ancien professeur d'accouchements et de physiologie.

Mais peu après, le 2 messidor an III (10 juin 1795), Leclerc passe comme adjoint à la chaire d'anatomie, et sa place fut sollicitée par Besnard, Jeanroy et Laporte.

Besnard avait été reçu docteur régent en 1788, et était allé s'établir à Rouen, où il était médecin de l'Hôtel-Dieu.

Jeanroy (Dieudonné) reçu docteur régent en 1776, avait été bibliothécaire de l'ancienne Faculté, était membre de la Société pour les épidémies.

Laporte (J.-J.) s'était démocratisé et avait supprimé la particule *de* qui précédait son nom lorsqu'il se fit recevoir docteur régent le 10 septembre 1774 et lorsqu'il était médecin de Monsieur. Il était médecin expectant de l'Hôtel-Dieu depuis 1793.

(1) Plan général de l'enseignement dans l'Ecole de santé de Paris..., an III de la République, p. 38 (D. F. M. P., 32727).

Besnard fut nommé adjoint le 25 thermidor an III (12 août 1795) ; mais il n'apparut jamais et resta à Rouen. A l'assemblée des professeurs, le 19 ventose an V, Corvisart se plaignit de l'absence de son adjoint et demanda que Besnard répondît par oui ou par non s'il acceptait. Après bien des hésitations et des réponses évasives, Besnard envoya enfin le 5 septembre 1797 une réponse dans laquelle il déclarait ne pas accepter la place de professeur adjoint.

Dès la réorganisation de l'Ecole de santé, Cabanis avait été nommé adjoint à la chaire de clinique de perfectionnement. Le 9 frimaire an VI (29 novembre 1797), il demanda et obtint par permutation la place d'adjoint à la chaire de clinique interne.

Au point de vue matériel, l'installation de la clinique médicale laissait beaucoup à désirer. Tout était à refaire ou à créer, salles, amphithéâtre, etc. L'Ecole en fit la demande et le Gouvernement y fit droit. C'est alors que fut bâti cet amphithéâtre, trop petit ou trop grand, selon les maîtres, et dans lequel nous avons lu jadis des inscriptions nombreuses et d'un goût discutable.

Le 1er prairial an VII (20 mai 1799) eut lieu l'inauguration officielle du nouvel amphithéâtre de clinique et dont le procès-verbal est conservé aux archives de la Faculté de médecine.

« Cejourd'huy, premier prairial an VII de la République française, une et indivisible, à dix heures du matin, les professeurs de l'Ecole de médecine se sont réunis à l'hospice de l'Unité pour la cérémonie de l'inauguration du nouveau local de la clinique interne, établi près de cet hospice, et accompagnés du C. Clavarreau, sur les dessins duquel ont été construits l'amphithéâtre, les salles et autres bâtiments nécessaires à l'exercice de la clinique. Le C. François de Neufchâteau, ministre de l'intérieur, que l'Ecole avait invité par une députation à présider à cette cérémonie, est arrivé et a été reçu par les professeurs, qui l'ont accompagné. Le président de l'Ecole était à sa droite. Le ministre, rendu dans la salle d'assemblée, a examiné avec attention toutes les pièces anatomiques fraîches et dessinées que l'Ecole avait fait apporter de ses cabinets de collection et placer sur des tables préparées à cet effet.

« Le ministre et les professeurs se sont rendus dans l'amphithéâtre où le C. Corvisart, professeur de la clinique interne, a prononcé un discours qu'il a adressé aux élèves sur l'étude de la médecine et sur le nouvel établissement dû aux vues bienfaisantes et patriotiques du Ministre, ami des muses, ami des arts et de tout ce qui peut venir au secours de l'humanité souffrante. L'auteur a présenté le tableau des faux médecins et les maux incalculables qui résultent de leurs menées insidieuses et meurtrières ; il a montré la médecine dégagée par la liberté et la philosophie de la livrée du fanatisme et des chemins et de la routine. »

Le ministre prit alors la parole, a félicité les élèves sur le bonheur qu'ils ont de recevoir les encouragements du Gouvernement pour tracer leurs progrès dans l'art de guérir. Il a ajouté que les droits sacrés de l'humanité sont une des premières bases des vertus républicaines. Après avoir tracé un tableau de la profession médicale, il a prouvé que le vrai médecin ne pouvait être qu'un bon citoyen, un vertueux républicain.

Le Ministre, accompagné des professeurs, a ensuite parcouru les salles anciennes et nouvelles et en a témoigné sa satisfaction.

Mais Cabanis, adjoint de Corvisart, membre du conseil des Cinq-Cents et emporté par la politique, ne se montra pas plus exact que Besnard. Il demanda à permuter et fut nommé adjoint à la chaire de médecine légale, où il remplaça Goulin, mort le 17 floréal an VII (30 avril 1799), et fut chargé de l'enseignement de l'histoire de la médecine. (V. *France médicale*, 1879, n° 43.)

Corvisart demanda un autre adjoint, et Leroux des Tillets fut nommé le 29 thermidor an VII (16 août 1799), professeur. Leroux des Tillets était un membre de l'ancienne Faculté, où il avait été reçu docteur régent le 22 octobre 1778 : il avait été nommé professeur de chirurgie française le 3 novembre 1781, et était adjoint à la chaire de physique médicale et d'hygiène.

(*A suivre.*) A. Corlieu.

NOUVELLES

Une rectification. — A propos du récit publié dans le numéro 32 du *Lyon médical*, une similitude d'initiales pouvant prêter à confusion, le Dr Binet, de Saint-Honoré-les-Bains, nous prie de déclarer qu'il n'a rien de commun avec le Dr B...., débouté de sa demande en 10,000 francs de dommages-intérêts par le tribunal de Château-Chinon, d'autant plus qu'il n'a jamais cessé d'avoir les meilleurs rapports avec le confrère objet de l'assignation.

L'Océan. — Nous avons déjà mentionné les principaux résultats scientifiques obtenus par des recherches des savants qui, à bord de l'aviso le *Travailleur*, explorent les profondeurs de l'Océan.

Les dernières explorations sous-marines ont mis en évidence un fait des plus curieux, et auquel aucun des savants qui ont cherché à deviner ce que peut être la vie dans ces régions sombres n'avait jamais songé.

Ces abîmes ne sont pas seulement peuplés par des foraminifères et des infusoires, comme on le supposait; on y trouve encore de nombreuses espèces de poissons analogues à ceux qui peuplent la surface, mais possédant des particularités anatomiques curieuses et des organes nouveaux. Ces organes sont des plaques transparentes recouvertes par la peau et remplies d'un liquide susceptible de devenir lumineux sous l'influence de l'encéphale.

Il en résulte que ces vertébrés, qui habitent des régions où le soleil ne pénètre jamais, et où règnent des ténèbres éternelles, possèdent des espèces de lanternes sourdes qu'ils peuvent allumer à volonté.

Il faut ajouter une particularité que l'on connaissait depuis longtemps, c'est que la plupart des zoophytes qui tapissent le fond des océans sont naturellement phosphorescents.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 35 SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

2e Année. — Tome II. — N° 35. Samedi 23 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Anasarque et albuminurie à la suite d'une contusion des reins,

Par M. Al. Boissard,

Interne des hôpitaux.

Comme interne à l'hôpital Necker dans le service de notre cher maître le Dr Rigal, nous avons pu observer deux faits qui nous ont paru dignes de fixer un instant l'attention des membres de la Société clinique, tant par leur rareté que par les différentes interprétations que les auteurs ont pu en donner.

La première observation a trait à un *cas d'anasarque et d'albuminurie à la suite d'une contusion des reins.*

Voici le fait :

Le nommé Féraud (Eugène), âgé de 64 ans, qui n'est ni un rhumatisant, ni un alcoolique a fait une chute le 31 décembre dernier de la hauteur d'un premier étage environ ; il est tombé sur les reins, et dans sa chute a rencontré un madrier qui est venu heurter la région lombaire.

Immédiatement après sa chute, le malade a ressenti une douleur extrêmement vive au niveau du rein gauche.

Dès lors, il fut obligé de cesser tout travail et de garder le lit pendant dix jours ; sous l'influence du repos, les douleurs allèrent en diminuant, si bien que notre malade croyait se remettre à travailler, quand, le 11 janvier, c'est-à-dire douze jours après sa chute, sans avoir éprouvé aucun trouble dans la miction, sans avoir pissé de sang, il fut pris d'anasarque; c'est dans cet état que le malade se présenta à nous le 13 janvier dernier; la face est pâle et bouffie, et tout le corps est le siège d'un œdème, surtout marqué aux membres inférieurs.

La région lombaire n'est le siège d'aucun gonflement, d'aucune ecchymose, mais la pression y réveille des douleurs encore très vives.

Les urines sont assez abondantes, 1,800 grammes dans les vingt-quatre heures, et fortement teintées en rouge; elles contiennent une grande proportion d'albumine, et l'examen microscopique y décèle la présence d'un nombre considérable d'hématies.

Le cœur est sain et ne présente pas d'hypertrophie.

Le 21 janvier, c'est-à-dire huit jours après son entrée dans le service, l'anasarque a disparu à peu près complètement, mais les urines, toujours colorées, renferment encore de l'albumine en forte proportion.

Le malade fut mis au régime lacté, et, après l'application de huit ventouses scarifiées sur la région lombaire, les douleurs diminuèrent beaucoup d'intensité.

Le 23. L'œdème a complètement disparu dans les membres inférieurs, mais les urines sont toujours albumineuses.

Cependant, à partir de ce moment, l'amélioration fit chaque jour du progrès, mais l'albumine, tout en diminuant de quantité, persista jusqu'au 24 février, et fut accompagnée de polyurie ; le malade urinait dans les vingt-quatre heures entre 2,200 et 2,250 gr.

Dans les premiers jours de mars, le malade sortit complètement guéri, ne présentant plus trace d'œdème, et les urines rendues en quantité normale ne renfermaient plus d'albumine.

En résumé, à la suite d'une contusion portant sur les reins, nous assistons à la production d'anasarque et d'albuminurie ; l'anasarque a une durée de dix jours, l'albuminurie une durée de plus d'un mois. Cette albuminurie a été accompagnée de polyurie qui a disparu en même temps que l'albuminurie.

Urines chyleuses.

Notre deuxième observation a trait à un cas d'urines chyleuses.

L'histoire clinique de notre malade est très simple ; à la suite d'une thrombose ayant amené une hémiplégie droite, le nommé Capy (Eugène), âgé de 67 ans, entre à l'hôpital dans le service du Dr Rigal, le 22 mars 1882.

Cet homme encore vigoureux, mais dont les artères sont un peu athéromateuses, n'a jamais eu la syphilis et ne paraît pas alcoolique.

Né à Paris, il a toujours habité la France, et a toujours eu une bonne santé jusqu'à son attaque d'hémiplégie ; du reste, nous ne constatons aucune lésion du côté des principaux viscères ; il n'y a nulle part de dilatation lymphatique, ou d'hypertrophie ganglionnaire.

Depuis un an, sans avoir éprouvé aucun dérangement dans sa santé, il a remarqué que ses urines étaient blanches et avaient l'aspect du lait, mais, fait curieux, les urines ne présentent cet état que le matin.

En s'éveillant, à la première miction, le malade rend 200 à 250 gr. d'urines blanches, laiteuses ; dans le cours de la journée, au contraire, dans les autres mictions, les urines toujours albumineuses reprennent leur coloration normale ; il n'y a jamais eu d'hématurie, jamais de trouble dans la miction.

Le même symptôme, disons-nous, s'est reproduit depuis un an, régulièrement, presque tous les matins ; craignant une supercherie de

la part de notre malade, nous traitons ses urines par la liqueur cupro-potassique, — il n'y a pas de réduction, — le malade n'y mêle donc pas de lait.

Bien plus, un matin, vers cinq heures, nous sondons nous-même le malade, et nous retirons environ 200 grammes d'urines laiteuses; dans la journée, le malade urine devant nous et les urines se rapprochent d'autant plus de la coloration normale que le malade a fait plus d'exercice.

Le fait est donc certain: tous les matins, et seulement à la première miction, les urines de notre malade offrent les caractères des urines dites chyleuses.

Ces urines dont nous soumettons deux échantillons, le premier venant de la première miction du matin, le deuxième d'une miction faite dans le courant de la journée, sont blanches et grasses; elles tachent le papier à la manière des corps gras.

Leur coloration, généralement d'un blanc laiteux, rappelle tantôt le petit lait, tantôt le café au lait; abandonnées au repos, elles conservent leur coloration et leur fluidité sans laisser déposer de débris fibrineux; sans odeur, elles ne présentent par l'aspect purulent et ne précipitent pas par l'ammoniaque.

Traitées par l'éther, elles deviennent claires; traitées par l'acide nitrique ou la chaleur elles donnent un précipité d'albumine, d'autant plus abondant qu'elles sont plus chyleuses.

Par le dosage, on trouve que ces urines renferment entre 3 et 4 grammes de matières grasses par litre.

Au microscope, les matières grasses sont fines et ténues; on constate, en outre, la présence de leucocytes nombreux; au contraire, les globules rouges sont très rares; enfin, l'examen des urines est absolument négatif, quant à la présence des filaires.

A deux reprises différentes, dans les nuits du 20 juin et du 9 juillet, nous faisons plusieurs examens microscopiques du sang de notre malade; ces examens ont été faits à dix heures, onze heures et minuit, mais par aucune préparation nous ne trouvons de filaires.

Telle est l'histoire clinique de notre malade, qui, aujourd'hui encore, est dans le service et dont la santé générale est très satisfaisante.

A la suite d'une discussion récente à la Société de chirurgie à propos d'un cas d'hydrocèle chyleuse, à la suite d'une clinique faite tout dernièrement à l'hôpital Laënnec par le Dr Damaschino sur la chylurie, la question des urines chyleuses se trouve tout à fait à l'ordre du jour; dans les deux cas rapportés soit à la Société de chirurgie, soit à la clinique de Laënnec, la présence de filaires a été nettement constatée; notre observation, au contraire, malgré certains points de similitude, diffère totalement des faits rapportés jusqu'ici.

Ces différences, nous les trouvons dans les caractères des urines, du sang, enfin dans la marche même de la maladie.

Les urines de notre malade sont blanches, laiteuses, nous dirions plus volontiers albumino-graisseuses pour nous servir d'une expression de Rayer ; leur coloration diffère peu ou pas du cas de chylurie rapporté par le Dr Damaschino, mais elles en diffèrent par la plus grande quantité de globules blancs, le petit nombre de globules rouges, et surtout par l'absence de filaires ; en outre, les molécules graisseuses sont assez volumineuses, et par le repos on ne constate pas la présence de dépôt fibrineux.

Le sang également de notre malade diffère totalement de celui du nègre du Dr Ferrand, puisque malgré nos examens minutieux et répétés nous n'avons jamais pu trouver la filaire.

Mais nous disons plus, la marche de la maladie est aussi différente dans les deux cas ; l'hémato-chylurie paraît être une affection spéciale et propre aux pays chauds, causée très vraisemblablement par un parasite, la filaire.

L'hémato-chylurie, en outre, est accompagnée de véritables crises d'hématurie qui se renouvellent de distance en distance et qui donnent à la maladie une sorte de caractère paroxystique.

Chez notre malade, au contraire, rien de semblable : jamais d'hématurie, nulle trace de filaires soit dans les urines, soit dans le sang ; le seul symptôme consiste dans l'émission d'urines chyleuses ou mieux albumino-graisseuses, le matin à la première miction.

Aussi, en présence de ces faits, nous serions très disposé à croire à l'existence de deux affections différentes, et à dire qu'à côté de l'hémato-chylurie, maladie parasitaire et des pays chauds, il existe simplement des urines qui peuvent être dites chyleuses, sans que nous puissions préciser davantage les troubles nutritifs qui peuvent favoriser leur production.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Séance du 30 *août* (matin).

M. de Musgrave-Clay, secrétaire, lit au nom de MM. *Alb. Hénocque* et *Ch. Eloy* un mémoire *sur les fonctions du nerf phrénique et les contractions du diaphragme.* Ce sont les conclusions de recherches déjà soumises à la Société de biologie. Après avoir arraché sur des animaux les racines du nerf phrénique, les auteurs ont observé comme résultats immédiats des contractions vives des muscles inspirateurs pendant quelques instants, la cessation des contractions du diaphragme du côté opéré, puis des faibles mouvements respira-

toires du même côté, dus à l'action des muscles intercostaux inférieurs et des muscles élévateurs accessoires. La régénération nerveuse peut se faire au bout de quelques semaines; la respiration reprend son rhythme, mais avec plus de faiblesse que du côté sain; dans plusieurs cas on a constaté des troubles de la phonation et des troubles trophiques.

M. Rivière présente un fragment de poterie samienne rouge, trouvé il y a quelques années dans les fouilles de la rue Gay-Lussac; sur ce fragment on voit en relief des figures dont l'une représente un chasseur portant une jambe droite artificielle, sorte de pilon renflé à son extrémité supérieure sur laquelle repose le genou, cylindrique à sa partie moyenne et bifurqué à son extrémité inférieure.

M. Nicaise lit deux observations de *tumeurs de l'ombilic*. Une femme, entrée dans son service pour un cancer de l'utérus, portait également une hernie ombilicale dont une portion était irréductible. Cette dernière était devenue plus dure, plus résistante, et affectait la forme d'une poire. M. Nicaise pensa qu'il s'agissait d'un épiploon devenu secondairement cancéreux. La malade ayant succombé au bout de quelque temps, l'autopsie montra un épiploon parfaitement sain, le cancer étant limité exclusivement à la portion herniée ou intra-ombilicale. M. Nicaise pense que l'épiploon hernié, se trouvant soumis incessamment à des contusions ou seulement même à de simples froissements, était devenu secondairement cancéreux.

Une femme de 43 ans, très grasse, était atteinte d'une tumeur ombilicale papillaire, violacée, douloureuse. M. Nicaise diagnostiqua un épithélioma. La tumeur avait le volume d'une noix; elle paraissait sessile et datait d'un an, au dire de la malade, lorsqu'il l'examina pour la première fois. L'étude histologique d'un petit fragment de cette tumeur, faite avant toute opération chirurgicale, confirma le diagnostic.

M. François Franck a étudié expérimentalement les *insuffisances tricuspidiennes*. Il montre l'influence des obstacles apportés à la circulation sur la dilatation du cœur droit et l'insuffisance valvulaire qui en résulte. Les modifications fonctionnelles observées dans un grand nombre de cas cliniques peuvent être reproduites par l'expérimentation. M. Franck a pu déterminer des insuffisances tricuspidiennes pures en introduisant dans la cavité ventriculaire droite du cœur un polypotome à lame cachée avec lequel il accroche soit un cordage soit le bord même de la valvule et en pratique la section. L'insuffisance tricuspidienne ainsi produite se caractérise par les phénomènes suivants :

1° Du côté des veines, les appareils enregistreurs indiquent tout d'abord des courbes anomales, puis, pendant les jours et les semaines qui suivent, on voit les veines de la face et des membres supé-

rieurs augmenter de volume et agitées de battements prononcés par le reflux du sang;

2° Du côté du cœur, les battements augmentent aussi de fréquence dans la proportion de 1 à 3;

3° La respiration se modifie profondément, une anémie aiguë survient, et le moindre effort détermine une syncope.

M. Azam (de Bordeaux) communique la suite de l'observation de Félida X..., qui présente le phénomène de la double conscience et dont il a déjà parlé chaque année depuis six ans.

M. Petit, secrétaire, lit au nom de *M. David* un mémoire sur les *lésions des dents dans l'ataxie locomotrice.* En voici les conclusions:

1° Nous avons observé un cas d'altération particulière des dents dans le cours de l'ataxie locomotrice;

2° Ces altérations consistaient en une mortification rapide (huit mois) de la partie antérieure de la couronne de presque toutes les dents;

3° La substance altérée avait pris la consistance d'un bois tendre et une coloration *rougeâtre;* l'émail existait encore avec son poli, mais sans sa dureté;

4° Sous ces parties, la pulpe avait produit une nouvelle couche de dentine secondaire. La cavité pulpaire était comblée dans la plupart des dents antérieures et partout le bulbe était atrophié;

5° Par leurs caractères objectifs, par leur marche, etc., ces altérations ne ressemblent en rien à la carie, nous leur attribuons pour cause l'état général du sujet; nous les rattachons aux troubles trophiques déterminés par la lésion médullaire;

6° Ces altérations seraient analogues à celles qui ont été déjà signalées sur les ongles dans le cours de l'ataxie. Elles établiraient donc un rapprochement pathologique entre des organes déjà unis par leur commune origine épithéliale;

7° Localement ces altérations reconnaissent pour cause immédiate un trouble fonctionnel ou une lésion de la pulpe dentaire elle-même qui reflète l'état des cordons antérieurs. L'atrophie que nous avons constatée n'est-elle pas comparable à celle que l'on observe dans les mêmes circonstances du côté de l'œil?

8° Le fait que nous rapportons et ces diverses considérations nous conduisent à attribuer, une fois de plus, à la pulpe dentaire sa véritable signification physiologique d'*organe sensoriel.*

M. Ollier (de Lyon) traite *des indications et des résultats de la résection du poignet.* Depuis qu'il emploie le pansement de Lister, l'auteur est arrivé à des résultats beaucoup plus satisfaisants qu'autrefois. Depuis cette époque, sur treize opérés, il n'a eu que deux morts. Il y a, dit-il, des malades qu'il faut opérer, d'autres que l'on ne peut opérer, d'autres enfin qu'il ne faut pas opérer. Les premiers sont af-

faiblis par la suppuration et sont susceptibles de devenir tuberculeux si on ne les opère pas. Les seconds sont les tuberculeux qui présentent encore quelque chance de guérir; les troisièmes sont ceux chez lesquels la tuberculisation est primitive; il ne faut jamais y toucher.

M. Verneuil pense comme M. Ollier qu'il est inutile de faire des résections du poignet dans les cas de traumatisme ou pour combattre des déformations. Il faut en outre distinguer entre les diverses résections pathologiques et choisir les cas. En résumé il ne faut pas se faire d'illusion sur les résultats définitifs, et avant de faire l'opération, il faut étudier les ressources de la thérapeutique ordinaire et les employer avec persévérance.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

VARIÉTÉS

La Morgue.

Rapport adressé à M. le Préfet de police par M. Brouardel, professeur de médecine légale à l'Ecole de médecine de Paris, sur le déplacement de la Morgue de Paris.

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur d'appeler de nouveau votre attention sur l'insuffisance des locaux dont disposent actuellement, à la Morgue de Paris, les différents services qui doivent y fonctionner simultanément.

Lorsque cette Morgue a été créée, on n'avait prévu que le dépôt d'un certain nombre de cadavres et l'autopsie de quelques-uns de ceux-ci, en vue d'une opération judiciaire.

Mais, depuis cette époque, grâce à l'augmentation toujours progressive de la population de Paris, le nombre des cadavres amenés à la Morgue croissait annuellement dans une progression constante et absolument imprévue. Il y a vingt ans, on recevait à la Morgue 500 corps par an; l'année dernière, 1,000 environ y ont été déposés. Pendant que le nombre des cadavres progressait ainsi et que l'insuffisance de l'installation s'accusait de plus en plus, le nombre des autopsies judiciaires augmentait considérablement, et chacune de ces opérations, grâce aux récentes conquêtes de la science médico-légale, se compliquait de plus en plus de recherches accessoires, soit chimiques, soit microscopiques et d'expériences physiologiques pour lesquelles rien n'a été prévu dans l'ancienne Morgue.

La création d'une Morgue organisée de façon à répondre aux services multiples qu'un établissement semblable est aujourd'hui appelé à rendre, ne saurait donc, à notre avis, être retardée plus longtemps. L'opinion que j'émets aujourd'hui n'est pas nouvelle : elle a été for-

mulée par toutes les Commissions qui ont été chargées d'étudier la question à propos des réformes que j'avais demandées dans le service des autopsies médico-légales et dans lesquelles j'ai été appuyé par l'Administration et par le Conseil général de la Seine.

Lorsque M. Hérold, préfet de la Seine, eût constitué une commission pour étudier les conditions dans lesquelles on devait installer des appareils frigorifiques à la Morgue, dès sa première séance, sur la proposition de M. Emile Trélat, la Commission adopta le vœu suivant (1) :

« En conséquence des faits qui viennent d'être exposés et de l'avis « exprimé par la sous-commission, M. le Président met aux voix la « proposition qui a pour objet la reconstruction de la Morgue sur « des données plus conformes aux besoins actuels de la science (2). »

Cette proposition fut adoptée à l'unanimité.

A la suite des visites que MM. les commissaires du Conseil général de la Seine firent à la Morgue dans le même but, M. le Dr Decorse, rapporteur, inséra dans son rapport sur l'installation des appareils frigorifiques à la Morgue l'article suivant :

« Art. 6. — M. le Préfet de la Seine est invité à étudier d'urgence « le transport de la Morgue dans un autre emplacement, autant que « possible à portée du Palais de Justice. »

Dans la séance du 14 mai 1881 du Conseil général, après une discussion dans laquelle la nécessité du déplacement de la Morgue ne fut pas contestée, l'art. 6 fut modifié dans sa forme, et on vota cet amendement de M. Georges Martin, ainsi conçu :

« M. le Préfet de la Seine est invité à étudier d'urgence la translation de la Morgue dans une des parties du Palais de Justice ou « dans son voisinage et de soumettre le plus prochainement possible « au Conseil général le résultat de ces études. »

Deux conditions nouvelles permettent de demander que ce vœu reçoive prochainement satisfaction.

La première est celle-ci : une des difficultés soulevées dans le sein des diverses commissions était que la Morgue, répandant des odeurs infectes, il y avait lieu de craindre qu'on ne trouvât pas dans les environs du Palais de Justice un endroit dans lequel ces émanations ne fussent pas à redouter pour le voisinage.

Cette objection tombe aujourd'hui. L'expérience a démontré que,

(1) Cette Commission était composée de MM. Hérold, Préfet de la Seine, président; Vautier, ingénieur des Ponts et Chaussées; Dr Delpech, membre de l'Académie de médecine; Dr Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre; Dr Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris; Becquerel et Jamin, membres de l'Institut; Trélat, architecte en chef du département de la Seine; Bonnet, architecte.

(2) Cette séance n'était pas présidée par M. Hérold, et, par une lettre spéciale, M. le Préfet pria la Commission de ne pas soulever cette question.

grâce à l'application du froid à la conservation des cadavres, on pouvait supprimer dans la Morgue toute odeur de putréfaction. Aujourd'hui, bien que le froid ait été appliqué au refroidissement de salles trop vastes, dans des conditions par conséquent difficiles et onéreuses, il n'y a dans la Morgue aucune odeur qui puisse envahir la voie publique ou les environs. Appliquée dans des locaux disposés dans ce but, la réfrigération des cadavres nous garantit absolument contre l'inconvénient des émanations ; elle permet donc de déplacer la Morgue sans se préoccuper outre mesure des conditions du voisinage.

La seconde circonstance qui donne au vœu émis par le Conseil général un caractère d'urgence est l'effondrement de deux des salles de la Morgue. Cet effondrement est dû aux affouillements de la Seine. Cette année, deux des salles (salle du dépôt des morts, salle d'autopsie) se sont écroulées ; l'an dernier une petite cour s'est également effondrée ; deux ans auparavant c'était une petite salle qui s'était affaissée. Les autres salles de la Morgue ne sont pas plus solides. On a dû refaire cette année le sol de la salle de réception des corps, celui de la salle d'exposition. — Nous avons fait constater que le terrain des salles qui n'ont pas été refaites est également miné par des excavations dangereuses.

On n'arrivera certainement pas, malgré des réparations très coûteuses, à constituer le sol de la Morgue dans des conditions qui présentent une stabilité suffisante.

Nous avions déjà insisté sur ce point dans notre rapport présenté à M. le Préfet de la Seine, le 26 décembre 1879, et nous ne pouvons que persister dans nos observations (1).

Si M. le Préfet de Police est convaincu, comme moi, de la nécessité de mettre cet établissement en état de rendre les services pour lesquels il est créé, je lui serais reconnaissant de considérer les *desiderata* dont la connaissance avait porté le Conseil général à formuler le vœu que je citais plus haut.

(1) Nous disions, p. 8 : « L'attention de la Sous-Commission a été appelée sur « un fait plus grave. La Morgue est établie sur un terrain peu solide. L'habile « architecte qui a dirigé sa construction, M. Gilbert, a dû la placer sur des fon- « dations qui ne mesurent pas moins de 13 à 14 mètres de profondeur. Malgré « ces précautions, le sol sur lequel repose la Morgue est soumis à des infiltra- « tions périodiques de la Seine; et actuellement, bien que la construction soit « assez récente, les murs de la Morgue sont lézardés de toutes parts, et même les « parties de cet établissement qui ne supportent aucune charge manquent de so- « lidité ; les trottoirs sont déformés, gondolés, et, tous les deux ou trois ans, il « faut les rétablir. La Sous-Commission croit devoir signaler à M. le Préfet cette « instabilité du sol. On sait, en effet, que des machines ne peuvent fonctionner « régulièrement que si leurs diverses parties conservent des positions relatives « invariables. La Sous-Commission, très convaincue de l'utilité de la conserva-

Ces *desiderata* peuvent se résumer brièvement dans les termes suivants :

L'institution de la Morgue a un double rôle à remplir. Elle est avant tout un établissement municipal, elle reçoit les corps des individus suicidés ou morts accidentellement sur la voie publique; elle doit pouvoir les conserver jusqu'à ce que leur identité soit établie. Elle reçoit également les corps des individus sur lesquels la justice pense qu'il y a lieu de pratiquer des expertises médico-légales.

Au point de vue municipal, la Morgue actuelle est insuffisante. Le greffe où sont reçus les parents ou amis des individus dont on recherche le corps ne comprend qu'une pièce constamment envahie par des familles auxquelles on doit fournir tous les renseignements. Pendant la plus grande partie de la journée, tout travail d'écritures, de statistique est interrompu, et pourtant les intérêts de la société veulent que les actes de l'état-civil puissent être établis rapidement et sans distractions préjudiciables.

Si, dans l'intérêt de la justice, quelques communications ou recherches doivent être faites par les Commissaires ou autres agents, ou si des familles viennent signaler au greffier leurs craintes à l'occasion de la disparition de leurs membres, toutes ces confidences sont faites forcément presque en public.

C'est par cette salle unique du greffe que passent toutes les personnes que leur service appelle à la Morgue, experts, élèves, ouvriers, etc.

Un travail sérieux est, dans ces conditions, difficile et pénible.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

—M. Plantamour, professeur d'anatomie à Genève et directeur de l'observatoire de cette ville, vient de mourir. M. Plantamour, dit le *Progrès médical*, était l'auteur de divers travaux scientifiques remarquables et il

« tion des cadavres par l'application du froid, ne voudrait pas qu'un échec attri-
« buable à l'instabilité du sol pût être imputé au procédé de refroidissement dont
« elle aurait fait choix. Elle manquerait à sa mission si elle ne signalait pas à
« M. le Préfet cette cause possible d'insuccès.

« La Sous-Commission a cru qu'il était de son devoir de prévenir les compé-
« titeurs de cette difficulté ; ceux-ci pensent pouvoir la surmonter en construi-
« sant des assises larges et isolées du reste du bâtiment. L'Administration verra
« s'il est possible d'obtenir sous ce rapport une sécurité suffisante, soit qu'elle se
« charge de faire pratiquer des assises offrant une stabilité rassurante, soit
« qu'elle exige des entrepreneurs des garanties à ce sujet. Si les conditions ac-
« tuelles n'étaient pas modifiées, la Sous-Commission redouterait un insuccès;
« elle en signale le danger. »

avait rendu de grands services à l'observatoire. En dernier lieu, il avait doté cet établissement d'un grand télescope.

— M. le Dr CHAPOTEL, médecin très estimé de Choisy-le-Roi, vient de mourir à l'âge de quarante-sept ans. M. Chapotel laisse un fils externe des hôpitaux.

— On annonce la mort de M. Georges LECLANCHÉ, le savant ingénieur dont les longues et patientes recherches ont fait faire de si grands progrès à la science électrique. Son invention de la pile qui porte son nom lui avait rapporté unefortune considérable.

M. Leclanché était à peine âgé de quarante-trois ans. On affirme que M. Leclanché a légué au Louvre une magnifique collection d'œuvres d'art, à la condition qu'elles seraient exposées dans une salle portant son nom.

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Personnel.* — Par arrêté préfectoral du 12 septembre 1882 (Effet du 16 septembre) :

M. Paquette (Emile-Désiré), est nommé directeur de la maison de retraite des Ménages, au traitement de 5,500 francs.

M. Joly (Louis), est nommé économe de 6e classe à la maison de Santé, au traitement 3,500 francs.

M. Tauxier (Charles-Henri), est nommé économe à l'hospice de Bicêtre, au traitement de 3,900 francs.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République, en date du 17 septembre 1882, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, M. Jobet (Edme-Alexis-Camille), médecin de 1re classe, a été promu au grade de médecin principal de la marine (2e tour, choix).

— Le Dr BAYOL, le courageux explorateur de Fouta-Djalon, va bientôt quitter Paris, chargé d'une mission diplomatique pour le Haut-Sénégal. On se souvient que le Dr Bayol amena dernièrement à Paris une ambassade composée de hauts dignitaires de Fouta-Djalon, pays situé au sud de nos possessions sénégalaises, et que ces ambassadeurs conclurent avec notre pays un traité d'alliance dont les conséquences, au point de vue commercial, sont des plus importantes.

POURSUITES DIRIGÉES CONTRE UN PHARMACIEN POUR TENUE ILLÉGALE DE DEUX OFFICINES. — Une question neuve, dans les termes où elle se posait, et très intéressante au point de vue professionnel, s'est présentée devant le tribunal coprectionnel de Rennes :

Un pharmacien, M. E..., est décédé le 23 avril 1881 à Rennes. Son gendre, également pharmacien, a continué jusqu'à ce jour à exploiter les deux officines établies dans cette même ville. A la faveur de deux arrêtés successifs pris par M. le préfet d'Ille-et-Vilaine, il s'est maintenu dans cette situation, faisant gérer l'officine de son beau-père par un élève en pharmacie non diplômé, ni même agréé par l'Ecole de pharmacie.

Cette situation anormale couvrait-elle une illégalité? Une protestation

en ce sens fut rédigée et signée par vingt pharmaciens de Rennes, et l'un d'eux, pharmacien de 1re classe, plus directement intéressé, par suite de la proximité de la pharmacie qu'il avait fondée avec celle qu'il considérait comme irrégulièrement exploitée, se décida, se portant partie civile, à introduire une action contre le pharmacien qui faisait gérer et contre l'élève chargé de la gestion. Se fondant sur la loi du 21 germinal an XI et sur l'arrêté du 25 thermidor an XI, qui règlementent l'exercice de la pharmacie, il concluait principalement à la fermeture de l'officine.

Le tribunal correctionnel de Rennes, dans son audience du 19 avril dernier, a rendu le jugement suivant :

« Attendu qu'à la suite du décés du sieur E.... pharmacien, demeurant à Rennes, place des Lices, survenu le 23 avril 1881, le sieur G..., pharmacien, demeurant rue Volvire, gendre et héritier du sieur E..., a fait gérer, sous sa surveillance personnelle, l'officine de ce dernier par un élève en pharmacie, en vertu d'une autorisation administrative.

« Attendu que, à la suite de démarches infructueuses pour un acquéreur, le sieur G... a, sous la date du 16 mars 1882, obtenu de M. le préfet d'Ille-et-Vilaine, un arrêté prorogeant pendant une autre année l'autorisation qu'il lui avait accordée le 16 juin précédent.

« Attendu que le sieur P..., pharmacien, se disant mû par l'intérêt de la santé publique, a traduit devant le tribunal de police correctionnelle le sieur G... et le sieur L..., ce dernier élève en pharmacie, gérant actuellement pour G... l'officine de la place des Lices, pour voir dire que la fermeture de cette officine sera ordonnée; qu'il a conclu contre eux à des dommages-intérêts, sauf à M. le procureur de la République à prendre toute réquisition que de droit.

« Attendu qu'il résulte des débats que P..., dans les différentes dénonciations qu'il a dirigées, n'était guidé que par son intérêt exclusif;

« Que, pour que ses conclusions pussent être recueillies par le Tribunal, il faudrait que les lois qui régissent la pharmacie aient été formellement violées ;

« Attendu qu'aucun texte de ces lois spéciales n'interdit à l'autorité administrative de proroger le délai d'un an concédé à la veuve et aux héritiers pour trouver un acquéreur;

« Que cette prorogation a d'autant moins d'inconvénient dans l'espèce que le sieur G..., pharmacien lui-même, et dont l'honorabilité est hors de doute, est en situation d'exercer une surveillance constante et assidue sur l'élève placé dans l'officine de la place des Lices, et dont il demeure responsable ;

« Que, dans ces circonstances, l'intérêt publie, dont P... se dit le défenseur, ne saurait être compromis, et qu'en l'absence d'aucune loi violée, ne pouvant y avoir ni délit ni contravention, le Tribunal ne saurait prononcer la fermeture de l'officine de la place des Lices, ni examiner la demande de dommages-intérêts formée par la partie civile ;

« Par ces motifs,

« Renvoie G... et L... des fins de l'assignation. »

(*Echo méd. et pharm. de l'Ouest.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 36 MARDI 26 SEPTEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION. POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 36. Mardi 26 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Présentation du sommet en première position (occipito-cotyloïdienne gauche). — Dystocie. — Anomalies du côté de la mère et du côté de l'enfant.

Par le Dr Moré (de Berneuil).

Le 22 février dernier, je fus appelé au lieu de Vomondois, commune de Saint-Léger, auprès de la femme Delage, en travail d'accouchement depuis plus de trente-six heures.

Cette femme, âgée de 22 ans, de taille moyenne, d'une assez bonne constitution, n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, et durant toute la gestation spécialement n'ayant éprouvé que de légères incommodités, se croyant bien au terme de sa première grossesse, était assistée par une sage-femme qui paraissait instruite, et qui pourtant avait commis la faute grave de donner le seigle ergoté sous prétexte que le travail ne marchait pas assez vite. Il en était résulté d'abord des douleurs violentes, puis bientôt la femme s'était épuisée et était tombée dans un état d'inertie complète.

Cet état d'inertie me permit d'examiner tout à loisir. Le bassin me parut bien conformé, ses diamètres normaux.

Quel pouvait donc être l'obstacle qui s'opposait à l'issue de l'enfant?

La partie qui se présentait était encore fort élevée. La dilatation paraissait complète, pourtant, à en juger par le demi-cercle que traçait la levée postérieure, qu'on ne pouvait atteindre qu'en introduisant deux doigts à une très grande hauteur.

En avant, on trouvait un rebord beaucoup plus épais et presque rectiligne, coiffant la partie fœtale qui se présentait. On eût dit une antéversion très considérable, qui persistait encore malgré l'état avancé du travail.

En portant le doigt plus en avant, on arrivait tout à coup à un point où ce rebord paraissait beaucoup plus mince. En insistant, on parvenait à introduire le doigt entre cette portion épaissie, transversale en arrière, et celle plus mince en avant et à passer le doigt tant en avant qu'en arrière entre ces parties et la portion fœtale qui était au-dessus. On eût dit une vaste déchirure en travers de la lèvre antérieure de l'utérus. Mais, outre que ce n'est point ainsi qu'ont lieu d'ordinaire les déchirures du col, cette supposition était loin d'expliquer ni pourquoi ce qui n'aurait été que le rebord de la lèvre antérieure était plus épais, ni pourquoi la portion fœtale n'avançait point.

Mais ne voilà-t-il pas que dans la nuit la femme se réveille de sa torpeur, que les douleurs reviennent énergiques, incessantes, conquassantes, et que dame nature sans instruments, sans les représentants de la faculté, se charge de toute la besogne en expulsant un gros garçon mort.

Que s'était-il donc passé à notre absence? Il nous fut facile de le constater alors. La bride s'était rompue juste à son insertion à la commissure gauche. Nous pouvions la saisir pendant dans le vagin et ne semblant plus dès lors qu'un prolongement de la cloison existant entre les deux utérus. Nous pouvons introduire deux ou trois doigts dans le col dur et épais de l'utérus gauche, tandis qu'une petite ouverture à droite conduit dans une cavité aux parois minces et qui semble accollée, juxtaposée à la surface du globe utérin.

La tête de l'enfant est grosse, un peu hydrocéphale, ce que démontrent des sutures larges et à travers lesquelles il est facile de sentir de la fluctuation.

En comprimant cette tête entre les deux mains on reproduit invariablement le sillon que nous avions trouvé avant la naissance. Ce sillon n'est dû à rien autre chose qu'au plissement, à l'enfoncement de la suture qui unit en arrière le pariétal à l'occipital. Ces os faisant saillie en dedans au lieu de saillir en dehors. La bride sans doute n'avait point été étrangère à cette disposition anormale.

Cette femme du reste guérit vite. Son lait fut abondant; mais disparut facilement sous l'influence de quelques purgatifs salins.

Sur une nouvelle amputation du membre supérieur.

Par M. Desprès (1).

Dans les cas de broiement de l'épaule avec large plaie, des chirurgiens anglais et un chirurgien français, M. Parise, ont pratiqué l'ablation du bras avec l'omoplate qu'ils ont enlevée par morceaux; c'était en réalité une régularisation d'une plaie avec résection de l'omoplate. D'autres chirurgiens ont enlevé le bras d'abord, puis ont enlevé ensuite l'omoplate, tout ou partie, à plusieurs semaines ou mois d'intervalle.

Pour un cas d'ostéosarcome de l'omoplate, j'ai conçu et exécuté avec succès l'*amputation de l'épaule*, c'est-à-dire l'ablation du bras avec l'omoplate et une partie de la clavicule.

Voici le procédé opératoire que j'ai employé :

Premier temps. — Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes par le procédé classique; ligature double, afin de se prémunir contre les hémorrhagies secondaires.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Deuxième temps. — Incision en raquette partant du milieu de l'espace qui sépare la saillie des apophyses épineuses des vertèbres du bord interne de l'omoplate, au niveau de l'épine de l'omoplate, en suivant le dos, contournant la partie saillante de l'épaule et passant sous l'aisselle au milieu des poils, puis revenant sur le dos rejoindre l'incision près du point de départ.

Troisième temps. — Dissection d'un lambeau supérieur sans communiquer avec la plaie de la ligature de la sous-clavière.

Quatrième temps. — Section de la clavicule aussi près que possible de sa partie moyenne.

Cinquième temps. — Ligature de la veine axillaire.

Sixième temps. — Détacher l'omoplate en sectionnant le grand et le petit pectoral et le grand dorsal, et en coupant ensuite les muscles insérés sur l'omoplate que l'on sectionne en luxant cet os en arrière.

On lie la scapulaire commune si elle donne encore. On réunit ensuite la plaie à l'aide d'une suture, sauf dans l'angle qui correspond à l'aisselle.

Les dangers de cette opération consistent : 1° dans la perte abondante de sang veineux ; 2° dans la possibilité de l'entrée de l'air dans la veine axillaire ; mais ces accidents ne sont pas infailliblement mortels. Chez mon malade il y a eu syncope et un état asphyxique avec écume aux lèvres, qui n'étaient point toutefois liés à l'absorption du chloroforme : le malade est revenu à lui. En le plaçant la tête en bas, nous avons vu la repiration se rétablir régulièrement.

Une complication ultérieure se présente aussi : l'extrémité de la clavicule fait saillie sous la peau et finit par la perforer. Mais je pense qu'il vaut mieux subir cette complication que d'enlever la totalité de la clavicule. En effet, sans compter que la plaie de la ligature serait alors confondue avec la plaie de l'amputation, et pourrait participer à la suppuration qui ne manquerait pas de gagner la poitrine, il y a intérêt à conserver un peu de la clavicule pour couvrir la partie supérieure du thorax.

Cette opération convient dans le cas de cancer de l'omoplate ; elle est moins grave que l'ablation de l'omoplate en laissant le bras. Elle convient encore dans les cas de tumeur blanche de l'épaule avec lésions étendues de l'omoplate. Chez les sujets âgés de moins de vingt-cinq ans, elle donnera des succès nombreux.

Comme pansement, l'immobilisation de la plaie avec une large bande de diachylum est ce qu'il y a de mieux pour les huit premiers jours ; plus tard j'ai employé les cataplasmes et le pansement simple. Le malade, opéré le 19 juin, a eu sa plaie tout à fait cicatrisée le 10 août. Il attend aujourd'hui la confection d'un membre artificiel.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

—

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Séance du 30 *août* (soir).

M. Cléon Stéphanos résume ainsi les principaux résultats de ses recherches *sur la mortalité en Grèce par saisons.*

D'après les données moyennes de quatorze ans (1864-1878), la mortalité en Grèce présente son minimum pendant le mois de mai (1,47 décès sur 1,000 habitants), et s'élève brusquement pendant les mois de juin et de juillet (1,84), époque où elle atteint le degré le plus élevé de toute l'année. Puis, s'affaiblissant un peu pendant le mois d'août, elle se maintient à peu près au même niveau en septembre, pour se relever légèrement ensuite en octobre et s'abaisser de nouveau également en novembre. Après avoir présenté une faible élévation pendant les mois de décembre et de janvier, elle commence à s'abaisser en février, d'abord très lentement, puis brusquement, tandis que plus tard, après avoir ralenti sa chute en avril, elle continue à s'abaisser considérablement au mois de mai où elle atteint le degré le plus faible. La mortalité, en Grèce, est ainsi des plus élevées à l'automne (5,41) et des plus faibles au printemps (4,59), tandis que l'été (5,32) et l'hiver (5,38) occupent les places intermédiaires. Les observations d'Hippocrate sur la mortalité relative des saisons concordent en général avec les faits.

M. Stéphanos examine ensuite la distribution de la mortalité par saisons sur le sol grec et les facteurs principaux qui agissent sur elle. Pour ce qui concerne la malaria comme cause léthifère, quoique la Grèce soit un des pays de l'Europe les plus affligés par elle, l'étude des données statistiques l'a conduit à ce résultat: 1° que, pendant l'été, les fièvres pernicieuses n'occupent en général qu'une place secondaire, même dans la plupart des districts les plus marécageux de la Grèce, la première place appartenant à la diarrhée infantile; 2° que la maladie influe sur la mortalité automnale, surtout en rendant les organismes plus aptes à être frappés gravement par d'autres causes morbifères et notamment par le refroidissement.

En terminant, M. Stéphanos parle des moyens à employer pour éviter des inexactitudes dans la détermination de la mortalité par saisons et par mois, et de la part que prennent dans la mortalité les causes et les circonstances nosogènes qui suivent surtout certaines saisons.

M. Dagrève indique *quelques moyens usuels de prophylaxie en général.* Ces moyens consistent dans les soins de propreté du local et dans la destruction immédiate, par une solution de potasse ou de sulfate de fer, des matières qui peuvent communiquer la maladie: telles

que les crachats des phthisiques, les matières fécales des typhiques et des cholériques, les croûtes des varioleux, etc. M. Dagrève croit avoir arrêté par ces moyens le développement d'une épidémie de choléra et de deux épidémies de variole.

M. Prunières (de Marvejols) rapporte *un cas d'empalement.* Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui fut accidentellement empalé, il y a deux ans, par le pieu d'une charrette qu'il conduisait et qui se renversa sur lui. Ce pieu, entré par la région postérieure du tronc, à un centimètre au-dessus de l'os iliaque du côté droit et à huit centimètres de la ligne médiane, traversa le corps de part en part pour venir sortir en avant, à quatre centimètres de la ligne blanche et à trois centimètres au-dessous des dernières fausses côtes. Ce ne fut qu'au bout d'un certain temps que, trouvé ainsi fixé au sol, cet individu fut désempalé et porté, considéré comme mort, dans une sorte de grange ouverte à tous les vents.

Cependant, lorsque M. Prunières, mandé en hâte, arriva auprès de lui, le blessé avait recouvré ses sens. L'orifice antérieur de la blessure était étroit, tandis que la plaie postérieure présentait une ouverture énorme dans laquelle plusieurs doigts pénétraient facilement. Le malade fut condamné à un repos absolu et pansé avec un linge fenêtré recouvert de charpie phéniquée tandis qu'une mèche était introduite dans la plaie. Pour toute nourriture, on lui donna du petit-lait. Il n'y eut pas de vomissements. Le lendemain, le blessé put aller à la selle naturellement ; la fièvre était modérée ; on lui permit du bouillon.

Quelques jours plus tard, le malade pouvait manger. La cicatrisation de la plaie antérieure était obtenue au bout de trois semaines; la plaie postérieure était fermée au bout de deux mois. Cet individu se porte bien actuellement et cette horrible blessure ne lui a laissé aucune infirmité.

M. Prunières soumet à l'examen de ses confrères des *ossements humains percés de flèches*. Quelques-unes des blessures sont cicatrisées et renferment emprisonnées dans le corps de l'os les pointes des flèches en silex qui les ont produites. Ces pièces sont des os iliaques, des vertèbres et un astragale. Elles ont été trouvées dans une caverne de la Lozère avec une série de crânes ou fragments de crânes perforés et de rondelles crâniennes.

M. E. Rivière rappelle que le fait de l'existence de deux races différentes dans la Lozère se retrouve également dans les Alpes-Maritimes. Les grottes de Menton, qui se rattachent à l'époque paléolithique, lui ont montré une race dolichocéphale de grande taille, distincte de celle dont il a recueilli les ossements dans la grotte de l'Ilbarea de Sospel et dans les dolmens de Saint-Vallier et de Saint-Césaire, et qui appartiennent à l'âge du bronze. Il signale aussi, sur

le premier squelette humain découvert par lui dans les grottes de Menton en 1872, une fracture des deux os de l'avant-bras droit, située au tiers inférieur, et consolidée par un cal difforme.

M. Potain rapporte quelques observations d'*affections cardiaques en rapport avec les névralgies du membre supérieur gauche.*

1° Un soldat, blessé pendant la guerre de 1870, subit l'amputation du bras gauche ; l'opération réussit parfaitement; mais il se développe consécutivement un névrome du moignon très douloureux. Cette nouvelle lésion entraîne à sa suite des malaises cardiaques et des palpitations ; la marche devient difficile ; en un mot, tout un ensemble de phénomènes qui le forcent à renoncer à la vie active. Enfin, il est atteint d'hypochondrie.

Plus tard, le moignon ayant cessé d'être douloureux, l'hypertrophie du cœur diminue d'une façon très notable.

2° Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme qui, en pleine et parfaite santé, eut l'avant-bras gauche écrasé par une voiture ; de là fracture comminutive et plaie suppurant pendant un an. Les cicatrices étaient restées assez douloureuses. Un jour, cet individu est astreint, par son père, dans une partie de chasse, à une marche exagérée ; il est aussitôt pris d'oppression et de palpitations si violentes qu'il est obligé de renoncer à une vie active. On constate quelque temps après une hypertrophie simple du cœur sans aucune autre lésion cardiaque. De plus, le malade devient hypochondriaque.

3° Le troisième malade est encore un soldat de 1870, dont l'aisselle gauche est traversée par une balle qui sort au niveau du grand dorsal. La plaie suppure pendant longtemps, et la guérison n'est obtenue qu'au prix d'une rétraction cicatricielle, telle que cet homme peut à peine écarter le bras du corps. Un chirurgien fait des tentatives d'écartement forcé qui déterminent une douleur extrêmement vive. Un malaise persistant en est la suite, et le malade est pris pour la première fois de battements de cœur et d'oppression. Les palpitations vont un peu en augmentant, et le malade entre à l'hôpital Necker avec une hyperthrophie du cœur, simple, mais très accentuée. Le repos à l'hôpital et la digitale déterminent une légère amélioration.

Ainsi, trois individus, sous une même influence nerveuse, sont atteints d'hypertrophie du cœur, alors que jusque-là ils n'avaient jamais eu aucune lésion cardiaque Dans ces trois observations, les cavités gauches du cœur ont seules été atteintes, et la maladie a débuté par de la suffocation, des palpitations ; puis sont survenus des phénomènes du côté du poumon et une gêne respiratoire plus ou moins prononcée. Au contraire, dans le cas d'excitation des nerfs gastriques et intestinaux, l'hypertrophie atteint seulement les cavités droites du cœur, et consécutivement à des phénomènes primitifs du côté de la respiration.

M. Verneuil a eu l'occasion de rencontrer quelques faits analogues. Tout d'abord, c'est le cas d'un jeune soldat amputé, à la suite d'un coup de feu, au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras gauche. Mais la guérison se termine par la conicité physiologique du moignon qui détermine aussi des douleurs très vives et la formation de névromes; puis, quelque temps après, une cardiopathie pénible s'accompagnant d'hypochondrie. Attribuant ces accidents à une névralgie du moignon et à des phénomènes de nature réflexe, M. Verneuil procède à l'extirpation des névromes. Non seulement il y eut soulagement immédiat, mais trois mois plus tard cet homme était complètement guéri des troubles cardiaques et de l'hyperesthésie générale dont il avait été subitement atteint.

Ainsi, de même que dans les observations de M. Potain, une blessure primitive du membre supérieur gauche a entraîné d'abord une névralgie fort douloureuse, puis une hyperthrophie du cœur gauche.

M. Duplouy a présenté, il y a deux ans, à la Société de chirurgie, une observation de résection de névromes extrêmement douloureux développés dans le moignon à la suite de la désarticulation de l'épaule; les douleurs irradiaient jusque dans une partie très étendue du thorax. Les résultats immédiats de cette résection furent des plus heureux.

M. Ollier rapporte une observation qui présente quelques rapports avec les faits qui viennent d'être exposés. Il s'agit d'un homme auquel il avait réséqué le nerf tibial gauche, et qui avait depuis longtemps déjà une lésion cardiaque très avancée; il était asthmatique, et souffrait de névralgies fort douloureuses, névralgies qui précédaient toujours les phénomènes cardiaques. L'opération fut rapidement suivie d'un soulagement notable.

M. Potain ne serait pas étonné que l'on citât des faits analogues, mais avec lésion du côté droit.

M. Leudet a eu dans son service une vieille femme atteinte de néphrite chronique compliquée de phénomènes nerveux et de douleurs périphériques dans le bras *droit*. Une pression exercée dans un point déterminé de ce bras provoquait des phénomènes d'angine de poitrine renversés.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

VARIÉTÉS

—

La Morgue (*Suite et fin*) (1).

Pour reconnaître le corps de leurs parents, les familles doivent se transporter dans la salle de réception des corps, et parfois elles trouvent cinq ou six cadavres que l'on soumet au nettoyage ou à la mise en bière ; quelques-uns d'entre eux sont dans un état de putréfaction répugnante.

C'est dans cette salle que se font les cérémonies religieuses des israëlites, des protestants ; pendant ce temps, d'autres corps arrivent et leur déchargement se fait en présence des familles et des amis du défunt.

Les vêtements des victimes qui pourraient si utilement, dans un grand nombre de cas, servir à faciliter la reconnaissance des corps, ne peuvent être placés dans des conditions d'exposition qui concourent à ce résultat.

Au point de vue médico-légal, le but est encore moins bien atteint. Il n'y a qu'une salle et qu'une seule table d'autopsie. Quelquefois, deux ou trois experts arrivent simultanément pour faire une autopsie, et ils doivent attendre que les opérations précédentes soient terminées avant de procéder à l'accomplissement de leur mission.

Même lorsque les améliorations votées en 1878, 1879 et 1881 seront réalisées, les conditions seront encore très défectueuses.

Pour ne pas donner à cette lettre une longueur trop démesurée, je n'en signalerai que deux.

Lorsqu'une autopsie exige un examen microscopique, et il en est presque toujours ainsi, il faut actuellement porter les pièces à examiner dans un laboratoire quelconque ; lorsque les laboratoires seront placés à la préfecture de police, il faudra les transporter à ces laboratoires.

Bien qu'il y ait là une amélioration prochaine, je considère tout transport de pièce médico-légale comme constituant un danger et souvent aussi comme rendant la recherche inutile. Tous les experts savent les effets que la dessiccation produit sur le sang, le sperme, etc.

J'ajoute que, dans la Morgue dont je sollicite la création, il faut que la recherche des lésions anatomo-pathologiques puisse être faite d'une façon spéciale appropriée aux conditions des expertises. Les professeurs du Collège de France et de la Faculté qui se livrent à des études microscopiques font tous leurs efforts pour examiner des pièces fraîches. Nous, au contraire, nous sommes obligés de rechercher

(1) V. *France médicale*, n° 35.

des lésions dans des corps putréfiés ; aux lésions morbides ou toxiques s'ajoutent les altérations de la putréfaction. Nous ne pouvons les étudier que dans des laboratoires spéciaux et arriver à un résultat que si nous systématisons nos recherches.

L'autre exemple est celui-ci. La toxicologie ne comprend pas seulement l'analyse chimique des viscères, surtout pour la recherche des toxiques végétaux. A celle-ci, il faut joindre l'examen microscopique, les expériences physiologiques. Ces recherches doivent être faites les unes à côté des autres, sous une même direction, les résultats d'un de ces examens étant nécessairement le contrôle de la valeur des autres.

Mais si, au lieu de concentrer ces recherches, on les dissémine, si l'on fait les unes au Conservatoire des Arts-et-Métiers, les autres à l'ancien collège Rollin après avoir pratiqué l'autopsie à la Morgue, on aboutit à l'incertitude : transports multiples des bocaux, des pièces anatomiques, travail isolé sans direction, et on se trouve, après des efforts incoordonnés, dans l'impossibilité de démontrer qu'il y a un coupable ou, chose plus grave encore, que des innocents seuls ont été mis en cause. De plus, des déplacements entraînent forcément pour les expertises des lenteurs très regrettables pour les inculpés souvent détenus.

Ces deux arguments nous semblent suffisants pour démontrer que la Morgue doit posséder tous ces organes essentiels et que, tant qu'ils ne seront pas groupés, les intérêts de la justice pourront être sérieusement compromis.

Nous tenons à faire remarquer, en terminant, que les intérêts de la justice et ceux de l'enseignement sont absolument solidaires.

De même qu'à l'hôpital l'élève est la sauve-garde du malade, parce que le chef de service est tenu de ne pas compromettre son autorité devant des élèves, en faisant des erreurs de diagnostic ou en négligeant ses malades, de même à la Morgue, une autopsie médico-légale, faite devant les élèves et des docteurs, ne peut pas être pratiquée légèrement. Les lésions sont montrées, leur valeur discutée, les conclusions qu'on en peut tirer tenues dès le début dans les limites assignées par la justification qu'on est forcé d'en faire aux assistants. C'est la meilleure solution de l'expertise contrôlée, telle qu'on la demande aujourd'hui.

Enfin ajoutons qu'il n'y a pas au monde une organisation analogue à celle de la Morgue où par an on puisse disposer de plus de 500 cadavres, pour l'instruction des élèves. Je suis allé visiter l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie ; nulle part on ne dispose, pour créer un institut médico-légal, de semblables ressources.

Placer l'Ecole française à la tête de la science médico-légale, créer pour la province des générations de docteurs qui iront renouveler

ceux trop nombreux qui, malheureusement pour la justice, n'ont jamais assisté à une expertise avant d'être chargés eux-mêmes d'en faire une, tel est l'avenir qu'il dépend du Conseil général de la Seine d'assurer. Les intérêts municipaux de la ville, les intérêts de la justice et ceux de l'enseignement se trouvent liés les uns aux autres; le Conseil général l'a bien compris en priant M. le Préfet de la Seine « d'étudier d'urgence la translation de la Morgue ».

Nous pensons, Monsieur le Préfet, qu'il vous appartient de ne pas laisser tomber ce vœu dans l'oubli et de signaler, à nouveau, les défectuosités actuelles de la Morgue.

Veuillez recevoir, Monsieur le Préfet, l'assurance de mes sentiments dévoués.

22 août 1882.

P. BROUARDEL.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le personnel des travaux pratiques est composé de la manière suivante pour l'année scolaire 1882-1883:

Histologie: Chef des travaux, M. Cadiat, professeur agrégé; préparateurs, MM. Gaucher et Variot.

Anatomie pathologique: Chef des travaux, M. Gombault; préparateur, M. Brissaud.

Physiologie: Chef des travaux, M. Laborde; préparateurs, MM. Dassy et Rondeau.

Histoire naturelle: Chef des travaux, M. Faguet; préparateurs adjoints: zoologie, M. Brumault de Montgazon; botanique, MM. Beauvisage et Durand.

Physique: Chef des travaux, M. Gay, professeur agrégé; préparateurs, MM. Sandoz et Bagneris.

Chimie: Chef des travaux, M. Gauthier; préparateur, M. Etard; préparateurs adjoints, MM. Beniout et Villain.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 14 *au* 20 *septembre* 1882. — Fièvre typhoïde, 53; — Variole, 6. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 40. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 63.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 52.

Bronchite aiguë, 7. — Pneumonie, 48. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris: au biberon et autrement, 82; au sein et mixte, 38; inconnu, 4. — Maladies de: l'appareil cérébro-spinal, 75; l'appareil circulatoire, 68; l'appareil respiratoire, 34; l'appareil digestif, 39; l'appareil génito-urinaire, 23; la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme: fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 6. — Nombres absolus de la semaine, 932.

Résultats de la semaine précédente: 991.

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 37 JEUDI 28 SEPTEMBRE 1882

777 : 6

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

9e Année. — Tome II. — N° 37. Jeudi 28 Septembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 27 septembre 1882.

Lorsque M. Tarnier a présenté à l'Académie, il y a plusieurs semaines, le fascicule, détaché de son Traité d'accouchements, dans lequel il traite de l'allaitement des enfants nouveau-nés, il a accompagné cette présentation de commentaires très opposés à l'emploi du biberon et du lait conservé. Peu après il recevait chez lui une avalanche de biberons de toutes formes et de laits conservés de toutes provenances. Aucun de ces objets ne lui a paru présenter quelque avantage et M. Tarnier reste partisan d'abord de l'allaitement par la femme, puis, dans les cas où cela est impossible, de l'élevage des enfants au verre ou à la cuiller avec du lait provenant directement d'animaux.

La statistique relative aux biberons est en effet peu favorable à cet instrument de torture. Il est mort, à Paris, en 1881, 10 180 enfants en bas âge; parmi ceux-ci 5 202 sont morts faute d'une bonne alimentation et 80 0/0, soit trois cinquièmes, étaient nourris au biberon.

Dans le Calvados, M. Denis-Dumont, de Caen, a fait en 1867 la statistique suivante : Sur 9,611 enfants nés dans le département, 3,204 étaient élevés au biberon et parmi eux 986 sont morts, soit 30 0/0.

Ainsi, même dans cette Normandie renommée pour ses pâturages, où l'allaitement artificiel semblerait offrir le plus de chances de succès, le biberon donne une mortalité de 30 0/0. A Paris on ne peut savoir le nombre total des enfants élevés au biberon, mais M. Tarnier croit que la mortalité parmi eux s'élève au chiffre de 50 0/0. Il était indispensable qu'une voix honnête, comme celle de l'éminent chirurgien de la Maternité, vînt montrer les nombreux dangers d'une telle pratique.

M. Tarnier préconise en première ligne assurément l'allaitement maternel, en second lieu l'allaitement mixte lorsque le lait de la mère ne peut suffire, en troisième lieu l'allaitement par une nourrice. Puis vient l'allaitement par différentes femelles d'animaux. L'ânesse, la vache et la chèvre peuvent surtout être utilisées; la chèvre, il est vrai, d'une façon assez irrégulière, car pendant quatre mois de l'année elle ne donne pas de lait et d'autre part son odeur est souvent assez repoussante. Quant au mode d'emploi du lait, à son coupage, à la température, M. Tarnier donne un grand nombre de conseils pratiques de la plus haute importance. Nous devons espérer qu'une si louable communication aura une influence salutaire sur les innombrables hécatombes que le biberon fait chaque année parmi les nouveau-nés de notre pays. A. Ch.

Hernie inguinale étranglée. — Kélotomie. — Résection d'une masse considérable d'épiploon. — Guérison.

Par le Dr Guinoiseau (de Saint-Dizier).

Harb, né le 1er mars 1854, dit n'avoir pas eu de testicule gauche jusqu'à l'âge de quinze ans. En 1868, à la suite d'un travail pénible nécessitant des efforts, le testicule gauche est descendu dans les bourses.

En 1878, le sujet, se sentant piqué dans l'aine gauche, va trouver un médecin qui diagnostique une hernie et fait porter un bandage.

Le 25 juillet dernier, au moment de se coucher, Harb ôte son bandage et fait un effort pour monter sur son lit qui est assez élevé. La hernie sort et ne rentre plus. Vers minuit surviennent des douleurs très fortes au niveau de la hernie ; elles sont accompagnées de coliques vives et de vomissements alimentaires abondants ; en même temps il y a quelques selles provenant de l'extrémité inférieure de l'intestin.

On fait pendant la nuit des tentatives infructueuses de taxis ; le taxis est renouvelé inutilement comme la veille. La hernie ne pouvant être réduite, le malade est envoyé à l'hôpital. Nous le trouvons à cinq heures du soir dans les conditions suivantes :

L'état général est bon, il n'y a pas de fièvre, le pouls est normal. Le malade est porteur d'une hernie inguinale gauche, du volume d'une grosse poire. Le taxis est tenté de nouveau inutilement. La hernie étant irréductible, nous procédons, séance tenante, à l'opération de la kélotomie.

Une incision longue de cinq centimètres, pratiquée dans le sens du grand diamètre de la hernie, nous permet d'arriver rapidement sur le sac. La dissection du sac est délicate, surtout à sa partie supérieure, où il présente une sorte de bride qui nous paraît être le siège de l'étranglement.

Une fois ces obstacles levés et le sac ouvert, il en sort une masse d'épiploon considérable, à teinte noirâtre, à demi sphacélée ; l'anse intestinale, qui n'est pas en mauvais état, est peu volumineuse. Dans le fond du sac, on sent le testicule.

L'anse intestinale, après un examen minutieux, est rentrée dans la cavité abdominale, le testicule est maintenu à la partie inférieure du sac.

Le mauvais état de l'épiploon nous engage à le pédiculiser et à le sectionner à sa base au-dessus d'une double ligature au catgut et au fil. Nous retranchons de ce fait une masse énorme d'épiploon que l'on étale en forme d'éventail dont le grand diamètre mesure vingt centimètres.

Le sac herniaire est suturé au catgut dans sa partie moyenne, et est ainsi séparé en deux parties distinctes.

La plaie extérieure est fermée, excepté à sa partie supérieure où se trouve le pédicule de l'épiploon.

Les suites de l'opération furent très simples: il n'y a pas eu de fièvre le pédicule s'est détaché au bout de dix jours; deux abcès, sans gravité, se sont développés dans les bourses. Le malade a pu se lever le dix-septième jour et a quitté l'hôpital un mois après l'opération pour reprendre ses travaux ordinaires.

Cette observation nous offre un exemple de hernie inguinale vaginale ayant apparu longtemps après la naissance comme cela se rencontre fréquemment. La présence, dans le sac, de l'intestin, de l'épiploon, du testicule, est la preuve de la nature de la hernie. Elle est de plus remarquable par la résection d'une grande quantité d'épiploon qu'on n'a pu rentrer dans la cavité abdominale, vu son mauvais aspect. Enfin, la suture des parois du sac faite à sa partie supérieure à l'aide du catgut agit à la façon de la suture royale et équivaut pour le malade à une guérison radicale, car l'examen le plus minutieux ne nous a fait découvrir aucune trace de hernie.

REVUE DE LA PRESSE

Diagnostic de l'ataxie locomotrice. — Dans un travail publié par les *Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, *Ormerod* rapporte vingt-un cas dans le but d'attirer spécialement l'attention sur la valeur des symptômes suivants: 1° l'absence du réflexe rotulien; 2° un état particulier de la pupille qui se contracte régulièrement sous l'influence de l'accommodation et cependant est insensible à la lumière.

Cet état de la pupille présente diverses variétés; elle est habituellement contractée, mais non d'une façon constante et elle peut ne se contracter ni sous l'influence de la lumière, ni sous celle de l'accommodation. Les observations rapportées par Ormerod peuvent être divisées en trois séries: 1° celles dans lesquelles il existe une incoordination motrice bien marquée; 2° celles dans lesquelles l'incoordination est légère, et 3° celles dans lesquelles il n'y a pas d'incoordination.

L'auteur a pour but de montrer que les deux symptômes déjà connus qu'il vient de rappeler peuvent se montrer non seulement quand la maladie est bien développée, mais encore avant même qu'il n'existe de l'ataxie. Il attire l'attention sur ce fait que le seul symptôme, en dehors des précédents, que l'on peut considérer comme réellement constant dans le stade prémonitoire de l'ataxie locomotrice, ce sont les douleurs fulgurantes. Ce symptôme purement sub-

jectif ne peut pas être directement observé; il est donc nécessaire d'apporter beaucoup d'attention aux symptômes objectifs qui viennent d'être mentionnés. Les observations rapportées par Ormerod sont également commentées à d'autres points de vue qui offrent un certain intérêt.

De la chorée chez les gens agés. — *Macleod* rapporte dans le *Journal of mental science* (juillet 1881) trois cas de ce genre. Un homme fut atteint de chorée à l'âge de 50 ans. Il devint tour à tour maniaque, parétique, paralytique et dément. Il mourut à l'âge de 55 ans, après avoir souffert pendant cinq ans de mouvements choréiques très prononcés. Deux sœurs moururent choréiques à 60 et à 69 ans; elles restèrent malades jusqu'à leur mort et succombèrent à 66 et à 73 ans. Leur père et leurs frères avaient été également choréiques. Les deux malades eurent de la paraplégie partielle et des symptômes d'aliénation mentale.

Dans les trois cas, on trouva à l'autopsie des lésions intéressant la région motrice de la couche corticale du cerveau. Dans deux cas, il existait dans les membranes des kystes comprimant les circonvolutions; dans l'autre cas, les lésions étaient provoquées par une tumeur du volume d'une noix entourée d'autres tumeurs plus petites.

A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1882. — Présidence de M. Bouley.

M. Polaillon offre, de la part de M. Madeleine Brès, une brochure sur l'analyse du lait des femmes galibis du Jardin d'acclimatation. Cette analyse montre que le lait de ces femmes se rapproche plus de celui de la vache que du lait des femmés de notre pays.

De la variolisation en Algérie. — *M. Blot* demande la parole à propos du procès-verbal de la dernière séance. La caractéristique de l'esprit de M. Bouley, dit-il, c'est l'imagination. Aussi lui arrive-t-il parfois d'exagérer les qualités des découvertes scientifiques qu'il excelle à vulgariser. M. Bouley propose d'appliquer la variolisation chez les Arabes qui refusent, dit-il, de se laisser vacciner, c'est-à-dire de se laisser inoculer un virus pris sur un chrétien. Cette résistance des Arabes à la vaccine a disparu depuis longtemps.

M. Blot ne voit pas comment il sera possible de pratiquer la variolisation des Arabes par les injections sous-cutanées sans contaminer plus ou moins la plaie d'entrée qui sera en même temps la plaie de sortie. Aussi M. Blot ne croit pas qu'il y ait de prophylactique de la variole supérieur au vaccin.

M. J. Guérin montre à M. Blot comment on peut faire l'injection

sous-cutanée sans contaminer la plaie d'entrée, au moyen d'une canule que l'on enfonce d'abord et dans laquelle on pousse le vaccin.

M. Bouley, désirant laisser la parole pour cette séance à M. Tarnier, répondra à M. Blot la semaine prochaine.

DE L'ALLAITEMENT DES ENFANTS. — *M. Tarnier.* Pour être inoffensif, un biberon doit être tenu avec une propreté que l'on peut rarement conserver ; aussi à la Maternité les enfants qui ne peuvent être élevés au sein sont nourris à la cuiller ou au verre.

Le lait conservé, de n'importe quelle provenance, ne vaut rien pour les nouveau-nés.

Rien ne vaut l'allaitement maternel. On ne saurait donc trop féliciter les sociétés bienfaisantes qui ont pour but de favoriser cet allaitement ; à côté, mais après lui, vient se placer l'allaitement mixte. Puis vient l'allaitement par les nourrices ; cet allaitement est très bon pour le nourrisson, mais il est très mauvais pour l'enfant abandonné par sa mère. Malheureusement l'allaitement par le lait de femme n'est pas toujours possible.

Les chiffres suivants montrent la déplorable influence du biberon sur la mortalité des enfants nouveau-nés.

En 1881 il y a eu 60,856 naissances à Paris, 14,571 enfants ont été envoyés en nourrice hors Paris, 46,285 sont restés à Paris.

Sur les 46,285 enfants restés à Paris il en est mort 10,180, soit 22 0/0.

Sur ces 10,180 enfants morts, 5,202 sont morts d'athrepsie, par mauvaise alimentation, 3,067 avaient été nourris au biberon.

En 1867, M. Denis-Dumont (de Caen) dit que sur 9,611 nés dans le Calvados, 3,204 étaient élevés au biberon, et sur ces 3,204, 986 sont morts, soit 30 0/0.

Ainsi, même en province, en Normandie, le tiers des enfants élevés au biberon meurt. A Paris il doit y en avoir 50 0/0 si ce n'est plus. En France l'allaitement maternel est donc mal compris.

Sans parler des laits de jument, de chamelle, de truie, de chienne, trois laits peuvent être employés, ceux de l'ânesse, de la chèvre et de la vache.

Depuis longtemps on sait que le lait d'ânesse se rapproche du lait de la femme. En Hollande il y a même des *ânesseries* qui ont été visitées il y a trois ans par un médecin d'Utrech. Ces ânesseries rendent le plus grand service aux enfants nouveau-nés.

Malheureusement le lait d'ânesse coûte très cher, et nous ne savons pas pendant combien de temps on peut en donner à un enfant nouveau-né et bien portant. Comment faut-il donner ce lait? M. Tarnier le donne au verre ou à la cuiller ; M. Parrot pense qu'il est nécessaire de mettre directement l'enfant au pis de l'animal pour qu'il

ait du lait vivant, mais il est difficile d'avoir une ânesse chez soi à Paris. Puis quand on traye du lait qui a déjà séjourné quelques heures dans la mamelle, il est déjà altéré; ce n'est plus du lait vivant. Quand on met l'enfant au pis de l'ânesse le lait est à une température convenable, mais on peut obtenir le même résultat en faisant boire l'enfant au verre.

Le lait d'ânesse coûte 6 francs le litre pour les particuliers. La chèvre a un grand avantage sur l'ânesse, elle est plus maniable; mais le lait est trop faible. Même en mettant les enfants au pis de la chèvre, M. Tarnier a obtenu de mauvais résultats, ce lait a également échoué dans les mains de M. Parrot. En outre le lait de chèvre manque complètement pendant quatre mois de l'année ; les animaux n'en ont pas. L'odeur est désagréable.

Reste le lait de la vache. La race de la vache a sans doute de l'importance, mais on n'est pas encore fixé sur ce point. Il est nécessaire de prendre des vaches qui aient vêlé depuis quelque temps. Il ne faut pas garder une vache pendant plus d'un an, parce qu'après cette période elle peut devenir phthisique. Contrairement à une idée très répandue, les vaches qui paissent à la campagne de l'herbe verte donnent de moins bon lait que celles qui mangent des fourrages secs. M. Albrecht (de Neufchatel) a montré quelle était la meilleure nourriture de la vache : pas de fourrages verts, pas de drêche, pas de pulpe, mais du barbotage tous les jours avec de la paille hachée, de l'avoine, de l'orge et du foin.

Quelques médecins pensent qu'il faut donner à l'enfant du lait cru; d'autres pensent qu'il faut le donner bouilli. D'après ces derniers, le lait porté à la température de 110° se digère beaucoup plus facilement, l'albumine ne se précipitant plus en gros flocons difficiles à digérer.

Faut-il donner le lait pur ou coupé ? M. Tarnier fait couper le lait avec moitié eau, sucrée avec 5 grammes de sucre pour 100 grammes d'eau. M. Perron (de Besançon) veut qu'on donne du lait pur. M. Annet (de Brest) veut qu'on le coupe avec trois quarts d'eau. La commission de l'Académie, très embarrassée, a couronné les deux mémoires, qui avaient d'ailleurs d'autres qualités.

Nous ne savons pas les véritables règles qui doivent conduire l'allaitement par la vache. Il ne saurait y avoir de règles générales s'appliquant à tous les cas particuliers.

Avec quoi doit-on couper le lait? Avec de l'eau, dit M. Tarnier, et avec de l'eau sucrée. Quel sucre doit-on employer? Avec le sucre de lait ou lactose, les grumeaux seraient, dit-on, plus petits. L'eau albumineuse aurait également la propriété de rendre les grumeaux plus petits.

Pendant combien de temps faut-il couper le lait? M. Tarnier avait

d'abord dit six mois, mais il recule encore cette période, il faut couper le lait pendant huit mois, un an, dix-huit mois.

Il faut donner le lait à la température de 37°. La quantité doit varier avec le degré du coupage.

A Paris, il y a un seul moyen d'avoir du lait pur pour les enfants nouveau-nés. C'est d'avoir une étable modèle qui contiendrait des vaches et des ânesses.

Comme conclusion, M. Tarnier recommande avant tout l'allaitement maternel. L'allaitement artificiel est toujours entouré de grands dangers; pour amoindrir ces dangers, il serait désirable que les nombreuses questions qui se rattachent à ce sujet pussent être étudiées expérimentalement par l'Académie elle-même. Les enfants nourris à cette étable seraient l'objet d'une statistique qui montrerait la valeur de cette innovation.

Commissions de prix pour 1882. — L'Académie procède à la nomination de ces commissions qui sont ainsi composées :

Prix de l'Académie. — MM. Robin, Lancereaux et Vulpian.
Prix Portal. — MM. Sappey, Peter et Parrot.
Prix Civrieux. — MM. Charcot, Baillarger et Jaccoud.
Prix Capuron. — MM. Blot, Depaul et Tarnier.
Prix Barbier. — MM. Bourdon, Besnier et Bouley.
Prix Godard. — MM. Hardy, Hérard et Moutard-Martin.
Prix Desportes. — MM. Dujardin-Beaumetz, Paul et Oulmont.
Prix H. Buignet. — MM. Regnauld, Gautier et Baudrimont.
Prix Itard. — MM. Empis, Marrotte et Noël Guéneau de Mussy.
Prix Falret. — MM. Lasègue, Blanche et Mesnet.
Prix Saint-Paul. — MM. Bergeron, Roger et Guéniot.
Hygiène de l'enfance. — MM. de Villiers, Lagneau et Roussel.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude des présentations du siège décomplété, mode des fesses, par le Dr *R. Lefour*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, in-8°, 52 p. Paris, O. Doin, 1882.

Voici les conclusions du nouveau mémoire de M. Lefour :

Il existe deux variétés de présentations du siège : les présentations du siège *complet* et les présentations du siége *décomplété*.

Les présentations du siège décomplété offrent *trois modes* à étudier : les présentations du siège décomplété, *mode des fesses*, *mode des genoux* et *mode des pieds*.

Les présentations du siège décomplété, mode des fesses, sont *primitives* ou *secondaires*, *de la grossesse* ou *du travail*.

Les présentations primitives du siège décomplété, mode des fesses, rentrent dans la catégorie des présentations du siège dites *définitives.*

Les présentations primitives du siège décomplété, mode des fesses, sont définitives, parce qu'il existe une véritable accommodation de l'ovoïde fœtal dont la petite extrémité est représentée par le siège, et la grosse par la tête et les pieds.

Par le fait de cette nouvelle disposition de l'ovoïde fœtal, le siège s'engage profondément pendant les dernières semaines de la grossesse, absolument comme le sommet.

En dehors des signes généraux qui permettent de reconnaître les présentations primitives du siège décomplété, mode des fesses, il faudra tenir grand compte, pour assurer son diagnostic, de l'engagement profond de l'extrémité pelvienne, de la présence des pieds au niveau de la tête et du lieu où l'on entend le maximum des bruits du cœur fœtal.

Les anomalies du troisième ou du quatrième temps, dans le mécanisme de l'accouchement, par le siège décomplété, mode des fesses, sont représentées, d'un côté, par l'insuffisance ou l'exagération du mouvement de rotation; de l'autre, par la difficulté du dégagement, anomalies dues à la constitution anatomique de l'extrémité pelvienne qui ne peut se fléchir, comme l'extrémité céphalique.

La version céphalique pour manœuvres externes est contre-indiquée dans les présentations primitives du siège décomplété, mode des fesses.

Il importe de conserver l'intégrité de la poche des eaux, pour aller chercher les pieds, lorsque le col est dilaté ou dilatable.

Pour dégager la fesse postérieure, on doit avoir recours à la manœuvre que nous avons indiquée et figurée et tirer accessoirement sur le pli de l'aine antérieure, si les contractions utérines sont insuffisantes.

VARIÉTÉS

La chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (*Suite*) (1).

Corvisart, devenu premier médecin de l'empereur, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, retenu très souvent à la Cour par ses fonctions, et ne pouvant plus se consacrer à sa chaire de clinique, comme il le désirait et comme il le devait, obéit à sa conscience et demanda sa mise à la retraite le 5 pluviôse an XIII (24 janvier 1805). Il fut nommé professeur honoraire, avec droit à

(1) V. *France médicale*, n° 34.

son traitement qu'il abandonna pour la fondation de prix et récompenses. Ce n'est point ici la place de parler de son enseignement ni de ses travaux sur les maladies du cœur. Après la chute de l'empire, Corvisart, fidèle à ses amitiés et à ses opinions, se retira à la campagne, et, le 18 septembre 1821, il mourut d'hémorrhagie cérébrale.

Dans la séance du 5 pluviôse an XIII, LEROUX DES TILLETS fut désigné à l'unanimité par ses collègues pour succéder à Corvisart, dont il était l'adjoint. Il se livra exclusivement à son enseignement, s'occupa de ses élèves, les guida dans l'étude des maladies, dans la rédaction des observations, dans les autopsies. Il commença à amasser des notes qu'il prenait ou qu'il faisait prendre pour la rédaction de son *Cours sur les généralités de la médecine pratique et sur la philosophie de la médecine*, qu'il publia longtemps après, en 1825-1826, en 8 volumes in-8°. Il eut en outre une part très active à la rédaction du Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, publié sous les noms de Corvisart, Leroux et Boyer.

Mais l'administration de la clinique interne, bien qu'appartenant à l'Ecole de médecine, était confondue avec l'administration des hospices civils. Grâce à l'influence de Corvisart, cet état de choses cessa : les travaux furent repris, les malades placés dans des salles destinées spécialement pour eux, et l'on eut, pour ainsi dire, une nouvelle inauguration de la clinique interne.

Le mercredi 30 juillet 1806, à midi, plusieurs professeurs, en costume, ayant à leur tête De Jussieu, président de l'Ecole, De Fourcroy, conseiller d'Etat, chargé de la direction de l'Instruction publique, se sont réunis à l'amphithéâtre de la clinique interne. Leroux ouvrit la séance par un discours sur la clinique, sur ce qui regarde la médecine, sur ses qualités, sur la manière d'étudier les maladies, sur les analyses cliniques, sur les autopsies (*Arch. de la Fac. de méd.*, Séances des professeurs, t. II). « Dans les exercices de la clinique, dit en terminant Leroux, dans les travaux de la Société, tout doit tendre vers l'instruction, tourner au profit des élèves : les professeurs ne se proposent point d'autre but; ils n'ambitionnent que de joindre l'exemple aux préceptes; mais aussi tout doit se rapporter à l'Ecole de médecine, centre commun où viennent aboutir toutes les parties de l'enseignement médical : il faut que la clinique lui fournisse les moyens de prouver au gouvernement, à la France entière, qu'elle remplit dignement les fonctions qui lui sont confiées. »

A la mort de Thouret, en 1810, Leroux fut nommé doyen de la Faculté de médecine, et il continua à remplir les fonctions de professeur et de doyen jusqu'au 21 novembre 1822, où il fut destitué avec toute la Faculté. On le nomma professeur honoraire.

Mais il y avait, à côté de la chaire de clinique, une autre chaire

qui, à la rigueur semblait faire double emploi ou bien être son complément : c'était la clinique de perfectionnement dont nous n'avons pas à parler actuellement, et qui eut pour titulaires Petit-Radel (1798-1815), Royer-Collard (1816), Bourdier (1818-1820), Fouquier et Récamier (1821). Or, Petit-Radel ne fit presque jamais son cours : il était plus littérateur que médecin. Il devait faire l'histoire des cas *rares* qui se présentaient dans les hôpitaux ; comme il ne faisait pas de leçons, on disait plaisamment qu'il n'y avait pas de cas rares dans les hôpitaux de Paris. Royer-Collard, nommé à sa place le 28 mars 1816, passa le 12 mai de la même année à la chaire de médecine légale vacante par la mort de Sue. Ce n'est que le 30 octobre 1818 que Bourdier de la Moulière, nommé professeur adjoint de pathologie interne le 4 décembre 1794, passa à la clinique de perfectionnement qu'abandonnait Royer-Collard.

Mais la chaire de clinique interne était en souffrance. Né en 1749, Leroux des Tillets était trop âgé pour suffire aux exigences du décanat et du professorat. Aussi avait-on songé en 1817 à créer à l'Hôtel-Dieu une nouvelle salle de clinique interne, et cela sur l'initiative de l'administration des hôpitaux elle-même.

Assurément la suppression de la Faculté de médecine le 21 novembre 1822 fut un acte arbitraire, blâmable en soi. Néanmoins si cet acte mit à la retraite des professeurs qui ne le méritaient pas, s'il appela à l'enseignement quelques protégés, nullement préparés à ces nouvelles fonctions, il augmenta le nombre des chaires, et le décret du 2 février 1823 porta à quatre le nombre des professeurs de clinique médicale : il y en eut un à l'Hôtel-Dieu, deux à la Charité et une à la Salpêtrière. Récamier fut nommé à l'Hôtel-Dieu, Laënnec et Cayol à la Charité et Landré-Beauvais, qui venait d'être nommé doyen de la Faculté, fut désigné pour la Salpêtrière. Quatre agrégés, nommés sans concours, furent attachés aux quatre chaires ; ce furent : Parent Du Châtelet, Kergaradec, Jadioux et Rullier.

Depuis le 10 décembre 1821, RÉCAMIER figurait parmi les professeurs de la Faculté : il avait été nommé à la chaire de clinique de perfectionnement, vacante par la permutation de Fouquier. Tout a été dit sur cet homme étrange, sur ce médecin fantaisiste et guérisseur, compatriote et condisciple de Bichat, ancien attaché au service de santé de l'armée des Alpes, puis de la flotte de la Méditerranée, médecin de l'Hôtel-Dieu depuis 1806. Ses immenses relations dans le monde, ses opinions accentuées, ses excentricités thérapeutiques, pour ne pas dire autre chose, avaient fait de lui le médecin le plus répandu de Paris. Sa nomination à la Faculté en 1821 n'avait surpris personne : son passage de la clinique de perfectionnement à la clinique médicale était naturellement indiqué.

(*A suivre.*) A. CORLIEU.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec un vif sentiment de regret la mort de M. GUÉRINEAU, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, professeur de clinique externe et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de la même ville. Ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien habile, il avait acquis dans tout l'ouest une légitime réputation. Guérineau est mort à 66 ans d'une apoplexie pulmonaire.

— Le Dr CARRÈRE vient de mourir à Esternay, à l'âge de quatre-vingts ans.

— On annonce la mort de M. le Dr CONSTANTIN, médecin-major de première classe au 23e d'artillerie.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Berger, agrégé.

M. Wurtz, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Henninger, agrégé.

M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice, du 1er novembre 1882 au 1er novembre 1883; il est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire de physique.

M. Rendu, agregé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1883-1883, du cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Terrillon, agrégé, est chargé, pendant le 1er semestre de l'année 1882-1883, du cour auxiliaire de pathologie externe.

Sont chargés, pendant l'année scolaire 1882-1883, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Anatomie pathologique : M. Joffroy ; *accouchements* : M. Charpentier ; *physiologie* : M. Cadiat ; *chimie* : M. Hanriot ; *histoire naturelle* : M. Bocquillon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Paul Bert, professeur de physiologie expérimentale, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Dastre, docteur ès-sciences.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. Rocher, chargé du cours de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— On vient de placer à l'Institut les bustes de six académiciens parmi lesquels nous remarquons ceux de Dupuytren et du baron Larrey.

— Le conseil municipal de Paris a voté la proposition de donner les noms de Littré et de Crevaux à deux rues nouvellement ouvertes dans les sixième et seizème arrondissements.

LE CHOLÉRA.— D'après un télégramme du gouverneur de Manille, l'épidémie serait réellement entrée dans une période de décroissance. La mortalité serait pour le 12 septembre de 94 décès dans la ville, et 154

dans les villages voisins; et pour le 13 septembre, 48 et 151, tandis que les jours précédents elle variait entre 400 et 500 décès par jour, ville et villages réunis. En résumé, depuis le début de l'épidémie, le choléra aurait enlevé 300 Européens contre 17,000 indigènes dans l'espace de cinq semaines

Tous les bâtiments venant d'Égypte, de Suez et de Manille sont soumis à une quarantaine rigoureuse aux îles Baléares.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON.—La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante : *Hygiène et prophylaxie des affections de l'intestin chez les enfants du premier âge (diarrhée, dysentérie, choléra infantile).*

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1883, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1883, à M. le Dr Léon RIEUX, secrétaire général, rue Bourbon, 40.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

LEGS. — Woilles lègue aux deux Associations charitables des médecins de France la nu-propriété d'un titre de 1,500 francs de rente, dont sa veuve conserve l'usufruit. Le généreux donateur a affecté, sur ce titre, 1000 fr. de rente à l'Association des médecins de la Seine, et 500 fr. à l'Association générale des médecins de France.

PIDOUX.—Le Conseil municipal des Eaux-Bonnes vient de décider que le nom de Pidoux serait donné à l'une des salles principales de l'établissement thermal pour honorer la mémoire de son ancien inspecteur.

MACROBITES ACTUELS. — Un centenaire, ancien soldat de Kléber en Égypte, vient de mourir à Bagnolet près Paris.

Il existe à Constantinople un homme âgé de 120 ans.

C'est un soldat qui sert dans l'armée turque depuis 1777.

Il a nom Hod Bey et a servi sous huit sultans : Abd ul Hamid Ier, Sémil, Mustapha, Mahmoud, Abd ul Meschid, Abd ul Aziz et Abd ul Hamid II.

Presque aussi fort que Talleyrand, qui disait à Louis-Philippe : « Sire, vous êtes le treizième. »

Les dépêches ne nous disent pas si Hod Bey s'est trouvé en face du vieux soldat français de Kléber, mais Hod Bey a pris part à 65 batailles et a été blessé vingt-trois fois.

Hod Bey a, sur le centenaire de Bagnolet, l'avantage qu'il est encore vivant et qu'il fait toujours partie de l'armée turque.

(*Le Praticien.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr B. [illegible]

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, [illegible]

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 38 SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 38. Samedi 30 Septembre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Pleurésie purulente. pleurotomie, guérison au bout de vingt jours.

Par M. le Dr Trapenard.

(Communication à la Société médicale du XIe Arrondissement.)

Edmond M..., âgé de 17 ans, ne présente ni maladie antérieure, ni antécédents héréditaires morbides. Sa pénible profession de camionneur l'expose à toutes les intempéries, et son travail quotidien dure depuis deux heures du matin jusqu'à huit heures du soir. Malgré ce labeur exagéré, M... avait toujours joui d'une excellente santé.

Le 30 décembre, au lever, il se sent mal disposé; courbature, céphalalgie et deux ou trois vomissements bilieux. Le malade sort néanmoins pour se rendre à son travail; mais, le malaise persistant, il rentre vers midi et se met au lit. Dans la soirée il éprouve quelques frissons; la nuit il est agité, la fièvre se déclare, ainsi qu'une douleur au côté droit, accompagnée de dyspnée. Un médecin appelé aussitôt fait successivement appliquer dans l'espace de dix-huit jours six vésicatoires sur la poitrine et des ventouses scarifiées à deux reprises. Ce traitement n'avait produit aucun soulagement; le malade avait complètement perdu l'appétit; il était pris de fièvre continue, de sueurs nocturnes, et d'une oppression considérable.

C'est alors que, le 20 janvier, M. Dumontpallier, appelé en consultation et ayant fait le diagnostic de pleurésie du côté droit, fit une ponction qui donna issue à un demi-litre de pus.

Le soulagement ne fut que momentané, et le 23 janvier, M. le Dr Trapenard appelé à son tour put constater l'état suivant :

Le malade était dans le décubitus dorsal, la face jaunâtre, amaigrie, couverte de sueurs ; la langue sèche, la parole difficile, la voix presque éteinte; le pouls, petit, donnait 120 pulsations; le thermomètre marquait 39,2, et l'on notait 40 respirations par minute.

Le malade éprouve une douleur vive dans le côté droit et jusque dans l'épaule correspondante ; la paroi thoracique droite, immobile et très *douloureuse à la pression*, présente une voussure légère ; pas d'œdème, abolition complète des vibrations thoraciques et matité absolue en arrière ; à l'auscultation aucun bruit normal ou anormal.

Du côté gauche et en arrière matité à la base et dans une hauteur de trois travers de doigts; frottements aux deux temps de la respiration, le murmure vésiculaire s'entend dans les trois quarts supérieurs, pas d'égophonie. En avant et à droite, bruit skodique dans l'espace de deux travers de doigt au-dessous de la clavicule et souffle rude en ce point. Partout ailleurs matité absolue. A gauche sono-

rité normale. Le murmure vésiculaire est perçu dans toute la hauteur.

Décidé à pratiquer l'empyème sur-le-champ, le Dr Trapenard, pour confirmer le diagnostic de pleurésie purulente, essaye en arrière et à droite, au milieu de la matité, une ponction exploratrice avec l'aspirateur Dieulafoy. Mais, au lieu du pus qu'on s'attendait à trouver, c'est un liquide citrin et parfaitement transparent qui tombe dans le récipient de l'appareil. Au bout de quelques secondes l'écoulement cesse et on peut évaluer à 80 grammes le liquide recueilli.

Une deuxième ponction, faite avec le trocart dans le huitième espace intercostal en arrière de la ligne axillaire, donne enfin issue à du pus épais, verdâtre, extrêmement fétide.

Prenant alors le bistouri, l'opérateur incise la peau et les muscles dans une étendue de 7 à 8 centimètres sur le bord supérieur de la neuvième côte; puis avec une sonde cannelée, pénétrant dans la cavité pleurale par une extrémité de la plaie, il cherche à sentir le trocart enfoncé à l'autre extrémité; cela fait, il incise sur la cannelure de la sonde toutes les parties molles qui fermaient encore la cavité.

Le pus commence immédiatement à s'écouler; parfois l'orifice est obstrué par des paquets volumineux de fausses membranes que l'on est obligé de diviser et d'extraire avec des pinces. Au bout d'un quart d'heure il était sorti plus de deux litres et demi de pus. A ce moment, le malade est pris de quintes de toux, de malaise, d'angoisse, d'oppression et de syncope; la température était au-dessous de la normale. Sous l'influence de frictions énergiques sur tout le corps, de quelques cuillerées de cognac qu'on arrive à faire prendre au malade, ces accidents ne tardent pas à se dissiper.

La plèvre est alors lavée à grande eau avec un irrigateur; on fait une deuxième injection avec une solution au 1/10e de coaltar saponifié; l'anse d'un tube en caoutchouc est enfoncée dans la cavité, les deux extrémités fixées par des fils à la paroi thoracique.

Le Dr Trapenard prescrit des bouillons, une potion de Tood avec 4 grammes d'extrait de quinquina et une nouvelle injection au coaltar pour le soir.

Pouls, 110; température, 38°6.

Le malade est très faible pendant la journée, il est pris de diarrhée fétide; la nuit est agitée.

24 janvier. La diarrhée persiste avec du météorisme et de violentes douleurs abdominales; sueurs froides; vomissements fréquents; pouls, 115 pulsations; température, 37°.

Grand lavage au coaltar; le liquide qui sort de la poitrine a peu d'odeur. On prescrit un deuxième lavage pour le soir; application de glace sur le ventre pendant toute la journée; champagne frappé comme boisson. Lavements alimentaires de bouillon et de peptone dans lesquels on ajoutait deux œufs battus.

Le 25. Température du matin, 38°; pouls, 100 pulsations; faiblesse extrême et coliques fréquentes. Le malade a eu 10 à 12 selles dans les vingt-quatre heures. Même traitement.

Le 26. Le malade a dormi deux ou trois heures dans la nuit; le météorisme persiste, mais la glace semble avoir calmé les douleurs abdominales; pas de vomissements. Température du matin, 37°8; pouls, 90 pulsations. On continue les deux lavages par jour, la glace et les lavements peptonisés.

Le 27. Le malade se sent beaucoup mieux; il n'y a eu que trois selles dans les vingt-quatre heures; peu de météorisme; point de douleur abdominale à la pression; la parole est plus facile; la voix plus ferme; l'appétit se fait sentir; l'oppression a disparu. Température, 37°6; pouls, 80.

La glace est supprimée; potion de Tood, bouillons et potages, lavements alimentaires.

Le 28. L'amélioration continue; chaleur médiocre; quelques accès de toux expulsant des crachats muqueux et épais. Côtelette et œuf sur plat; vin de Bordeaux.

1er février. Etat général excellent. Plus de sueurs; le malade se couche aussi bien d'un côté que de l'autre; l'appétit est excellent. Température normale.

Le 5. Dix jours après l'opération, la cavité est extrêmement petite. On n'injecte plus que 100 grammes de liquide; le poumon s'est dilaté avec la plus grande facilité. A l'auscultation on entend à peu près partout le murmure vésiculaire se confondant avec les frottements pleuraux; à la partie inférieure, où il existe encore de la matité, il est très faible et comme éloigné.

Du côté gauche la sonorité est redevenue normale, les frottements ont disparu et la respiration s'entend dans toute la hauteur du poumon. De ce côté la guérison a eu lieu sans traitement. Le malade se lève et reste debout toute la journée. Ses forces sont revenues.

Le 20. On ne peut plus injecter dans le trajet que 2 à 3 cuillerées de liquide. Etat général parfait. Le malade reprend son embonpoint.

Le 13. Le petit tube qui restait est enlevé; la cavité est oblitérée; il ne reste qu'une petite plaie cutanée qui se cicatrise dans l'espace de deux à trois jours.

Le 20. Le malade aperçoit sur le point où s'était faite la cicatrisation, une petite tumeur; il s'empresse d'aller trouver son médecin. Il s'était formé une petite collection purulente qui est immédiatement ouverte; on replace un petit tube et on fait de nouvelles injections au coaltar. Au bout de 5 à 6 jours le tube tomba de nouveau et la cicatrisation définitive était achevée le 28 février.

Nous allons rapidement énumérer les particularités intéressantes qui nous ont engagé à publier cette observation :

1° Epanchement séreux double devenant rapidement purulent d'un côté, sans qu'on puisse trouver, dans les antécédents ou la constitution du malade, une cause suffisante pour expliquer cette transformation. Tout au plus pourrait-on invoquer, avec quelques auteurs, l'application successive de nombreux vésicatoires.

2° Dans la pleurésie purulente, les symptômes généraux forment l'élément le plus sûr du diagnostic, une simple ponction ne suffisant pas toujours à mettre le praticien à l'abri d'une erreur, si, comme dans l'observation précédente, on tombe sur un kyste n'ayant point subi la transformation purulente.

3° L'œdème du thorax et du membre supérieur est un signe qui manque souvent dans la pleurésie purulente et qui est toujours difficile à constater au début. Cet œdème n'existait pas chez notre malade, mais en revanche il y avait au niveau des côtes du côté affecté une sensibilité exagérée qui faisait pousser des cris au malade, lorsqu'on pressait légèrement sur la paroi thoracique; tandis que du côté gauche la percussion était bien supportée. Ce symptôme, que nous avons rencontré dans plusieurs cas de pleurésie purulente, nous paraît avoir une valeur réelle comme élément de diagnostic.

4° Lorsqu'on a affaire à une pleurésie double il importe, une fois le diagnostic posé, d'opérer immédiatement du côté où l'épanchement est le plus abondant. Grâce à cette intervention chirurgicale opportune, nous avons pu obtenir sans autre traitement la résorption de l'épanchement pleural gauche, qui n'était pas encore arrivé à la purulence, mais qu'un retard de quelques jours dans l'opération pouvait faire aboutir à cette terminaison et aggraver considérablement le pronostic.

5° L'emploi du coaltar saponifié en solution au 1 1/0 nous a donné ici d'excellents résultats. Il y a eu peu de suppuration, jamais d'odeur, et deux lavages par jour ont suffi à modifier rapidement l'état du malade et à faire tomber la fièvre.

MEMENTO PRATIQUE

LES POISONS ET LEURS ANTIDOTES.

Nous empruntons au *Journal de médecine de Paris* la traduction, faite par M. Ed. A. Jammet, du tableau qui vient d'être dressé par le professeur Schlosser, de Vienne (1).

ACIDE CARBONIQUE ET OXYDE DE CARBONE.

Faire sentir de l'ammoniaque et appliquer une douche *froide*, puis :

(1) Il est compris que la première chose est de faire vomir le patient ; si le malade a déjà rendu, il est inutile d'administrer le vomitif.

Extrait fluide d'ergot..................	4 gr.
Eau..................................	60 —

Dose : une cuillerée à café tous les quarts d'heure.

ACIDE CHROMIQUE ET CHROMATES.

℞ Fer porphyrisé......................	4 gr.
Emulsion huileuse....................	} ãã 45 gr.
Solution de gomme....................	

Agitez fortement. Une cuillerée à café toutes les cinq minutes suivie de deux cuillerées à bouche d'eau.

ACIDE HYDROCYANIQUE (PRUSSIQUE).

℞ Sulfate de cuivre....................	1 gr. 75
Eau..................................	30 —

La moitié de suite et le reste cinq minutes après. Douches froides.

ACIDES MINÉRAUX.

℞ Lait de magnésie calcinée............ 180 cc.

La moitié immédiatement, puis par cuillerée à bouche toutes les cinq minutes, alternant avec deux cuillerées à bouche d'émulsion huileuse.

ACIDE OXALIQUE ET OXALATES.

℞ Craie précipitée....................	45 gr.
Eau..................................	180 cc.

La moitié immédiatement, puis par cuillerée à bouche toutes les dix minutes. Une heure et demie après.

Extrait fluide de séné.................	30 cc.
Sulfate de soude......................	10 gr.
Eau..................................	Q. s. p. 60 cc.

A prendre tout de suite.

ACIDE PHÉNIQUE.

Emétique au sulfate de cuivre, puis 180 grammes de lait de magnésie administrés de la manière décrite plus haut, la moitié immédiatement, le reste par cuillerées à bouche toutes les quinze minutes, en alternant avec une cuillerée à bouche d'émulsion huileuse.

(*à suivre.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

—

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Séance du 31 *août* (matin).

M. J.-B. Gauché (de Bayonne) a envoyé un travail sur *les lumbagos et les assurances contre les accidents*. En voici les conclusions :

1° Difficile est parfois la distinction du lumbago et du tour des reins;

2° L'intensité plus grande des symptômes sur l'un des côtés (douleur, gêne des mouvements), bien plus que l'unilatéralité, doit être mise en relief;

3° Pour le lumbago simulé on tiendra compte des commémoratifs: habitudes de paresse ou travail de l'ouvrier, participation à plusieurs caisses de secours mutuels, etc.

Le lumbago dorsal, ou mieux tour de dos, se montre au moins aussi commun que le tour de reins et est susceptible des mêmes caractères.

Pour les autres myodynies traumatiques du tronc, la pleurodynie et surtout la rupture de la paroi latérale de l'abdomen se rencontreront bien moins fréquemment.

M. Fr. Franck présente une série d'excitateurs électriques construits par M. Verdin sur les indications de M. Laborde et servant à exciter les filets nerveux en les isolant.

M. Petit, secrétaire, lit de la part de *M. Gouguenheim*, absent, les conclusions d'un travail sur les *syphilomes trachéo-laryngiens*. Voici ces conclusions :

1° Les faits de siphilome trachéo-laryngien font partie de l'histoire des rétrécissements de la trachée d'origine syphilitique. Ce sont les rétrécissements de la partie supérieure ;

2° La dénomination proposée par l'auteur vient de ce que l'extrémité inférieure du larynx est intéressée en même temps que l'orifice de la trachée ;

3° Il exclut de cette description le syphilome sus-glottique dont l'évolution clinique, du reste, ne coïncide pas habituellement avec celle du syphilome sous-glottique ;

4° Sa description repose sur deux faits avec guérison ;

5° L'apparition des accidents est très tardive ; elle a lieu quelques années après l'apparition de la syphilis ;

6° Signes : dyspnée lente, progressive ; accès de suffocation : inspiration laborieuse, sifflante ; à l'auscultation du cou, bruits très intenses aux deux temps de la respiration ; expectoration nulle ; toux normale ; voix conservée (signe précieux) ; examen laryngoscopique : larynx intact et rapprochement facile des cordes vocales. Au-dessous des cordes, tumeur circulaire, rougeâtre, dépassant notablement les cordes vocales et ressemblant en quelque sorte à un boursouflement de la muqueuse. C'est un véritable diaphragme circonscrivant une ouverture très minime. On ne voit plus les anneaux de la trachée ;

7° La marche de la maladie est assez lente, elle peut durer quelques mois ; l'ulcération est possible, mais elle n'a pas existé dans les cas rapportés par M. Gouguenheim ;

8° Diagnostic très facile par l'examen laryngoscopique, coïncidence avec des syphilides tertiaires de la peau ; confusion possible avec la tuberculose, mais dans cette dernière, cette localisation est rare, la région sus-glottique étant intéressée en même temps, ce qui, au début, n'est pas la règle pour la syphilis ; enfin l'état général varie dans les deux maladies ;

9° Pronostic grave, à cause de la possibilité de rétrécissement définitif ;

10° Le traitement doit être très énergique. Il ne faut pas redouter, comme Monneret et Vidal, la possibilité d'un rétrécissement sous l'influence d'une guérison trop rapide. C'est au contraire le seul moyen de l'éviter et de l'amoindrir. Proscrire le mercure, dont l'action est infidèle et dangereuse quelquefois. Administrer l'iodure de potassium, de 3 à 10 grammes par jour et progresser très rapidement.

La guérison peut être très rapide, huit à douze jours. Au cas où la trachéotomie serait indispensable, ne pas recourir à la laryngotomie intercricothyroïdienne.

M. Gaëtan Delaunay a fait au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine des recherches sur le *traitement de l'empoisonnement par la strychnine.* Il est arrivé à formuler les règles suivantes : 1° faire boire au malade le plus d'eau possible ; 2° le saigner ; 3° le tenir la tête en haut et les pieds en bas. L'auteur pense que ces moyens sont d'ailleurs applicables à la plupart des empoisonnements.

M. G. Martin (de Bordeaux) étudie *la kératite à hypopyon chez les agriculteurs.* Dans les campagnes, celle-ci cause 67 0/0 des cas de cécité, tandis que dans les villes, la proportion n'est que de 8 à 10 0/0. La fréquence de cette kératite s'explique par la multiplicité des traumatismes et le grand nombre des maladies des voies lacrymales.

Pour prévenir l'apparition des affections des voies lacrymales, il faut conseiller l'usage de verres en forme de coquille et de chapeaux à bords rabattus en forme de cloche comme les chapeaux indiens ; et cela pour éviter le vent, les poussières et la réverbération du sol qui entraînent la plupart de ces maladies chez les agriculteurs. Ces moyens protègent en même temps les yeux contre les traumatismes. L'attitude doit être moins inclinée vers le sol ; le travailleur évitera ainsi la congestion des organes visuels et sera moins exposé à l'action des nombreux agents qui peuvent atteindre l'œil lorsque le corps est courbé vers le sol. Dans ce but, il devra prendre des outils à plus long manche.

Si un paysan a déjà une affection des voies lacrymales, il faut lui proposer l'opération de Bowman et s'il refuse lui représenter les

dangers du moindre traumatisme de l'œil, surtout pendant la période des chaleurs. On lui formulera un collyre antiseptique dont il fera usage dans le cas d'accident et en attendant les soins du médecin :

Acide salicylique............	0 gr. 10 centigr.
Acide phénique.............	0 gr. 20 —
Acide borique..............	4 grammes.
Eau distillée................	100 —

Filtrez ; pour des bains oculaires d'une durée de trois minutes.

Si la kératite à hypopion fait son apparition, il sera nécessaire de faire dès le début un traitement énergique pour en arrêter la marche.

M. Schlumberger a étudié le *rôle de l'acide salicylique dans la formation des sels dont la base a un emploi médicinal.*

Il conclut qu'en général il y a des motifs sérieux de préférer, dans la préparation des médicaments salins, à l'emploi des acides minéraux classiques qui dans la plupart des cas n'ont aucun effet curatif, ceux des acides qui par leur action propre viennent en aide à celle de la base agissante. Or il est une classe d'acides qui répondent à ce desideratum. C'est la série des acides aromatiques qui présentent des qualités médicales reconnues depuis longtemps. L'un deux, l'acide salicylique, qu'il a eu l'occasion d'étudier d'une façon toute spéciale, se distingue par ses qualités antiseptiques incontestables. Il a de plus l'avantage de former avec les bases des sels bien nets et bien définis, et que l'on peut préparer dans un grand état de pureté. La plupart de ces sels ont été expérimentés dans les hôpitaux de Paris et ont donné des résultats remarquables qui sont maintenant du domaine public.

M. Petit, secrétaire, lit les conclusions d'un travail de *M. Bouchut, sur l'anesthésie cutanée progressive du croup par anoxémie.*

Voici les conclusions :

L'anesthésie cutanée avec conservation de l'intelligence et des sens est un symtôme du croup.

Cette anesthésie est progressive et causée par l'inflammation pelliculaire du larynx qui rétrécit la glotte et diminue la colonne d'air respirable.

L'anesthésie progressive croupale est due à l'anoxémie, c'est-à-dire au defaut d'oxygénation du sang et à l'accumulation d'acide carbonique dans ce liquide.

C'est une conséquence de l'action stupéfiante du sang artériel non oxygéné et carboné sur les centres nerveux.

L'anesthésie progressive du croup indique le commencement de la période asphyxique et donne, par son intensité, la mesure du degré d'asphyxie.

L'apparition d'un commencement d'anesthésie et surtout l'anesthésie complète sont les indications de la trachéotomie.

Par la trachéotomie cesse l'anesthésie croupale, à moins qu'une canule obstruée ou mal placée et qu'une bronchite pseudo-membraneuse ou une broncho-pneumonie n'empêchent encore l'hématose.

L'ordre du jour étant épuisé, M. le président AZAM déclare la session close. La séance est levée à onze heures.

Ce même jour a eu lieu sous la présidence de M. Janssen, l'assemblée générale du congrès. M. Bouquet de la Grye, ingénieur hydrographe, a été élu vice-président pour l'année 1883, et par suite président pour l'année 1884, par 120 voix contre 75 voix données à M. le colonel Laussedat, directeur du conservatoire des arts et métiers. M. Grimaux, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, a été élu secrétaire général adjoint.

Le congrès se tiendra à Rouen en 1883 et à Blois en 1884.

VARIÉTÉS

—

Ce que peut une clef perdue sur la destinée d'un homme qui cherche sa voie, ou de l'influence des petites causes.

Par M. le Dr V. BURQ.

On sait quelle influence ont parfois sur la destinée les plus petites causes. J'ai dit, en parlant des origines de la métallothérapie, de quel poids a pesé sur ma propre vie un simple bouton de serrure. Or il vient de s'éteindre un praticien bien connu, Auguste Desmarres, qui doit à une cause non moins futile la grande place qu'il a occupée dans l'oculistique française. La chose vaut la peine d'être racontée, à cause de son étrangeté d'abord, puis parce que plus d'un jeune confrère, aux prises avec les difficultés du début, y trouvera matière à ne point désespérer de l'avenir. Si nous prenons ici le rôle d'historien, c'est que nous y avions peut-être plus de droit que personne, comme on va le voir. Dans les dernières années de sa vie, Desmarres avait pris l'habitude de se rendre à Vichy, vers le milieu de la saison thermale, un peu pour y traiter sa santé, mais beaucoup pour se reposer de ses fatigues et s'y distraire. Ses distractions, ce n'est point au brillant Casino de cette station qu'il les demandait ; les poissons de la belle rivière qui longe Vichy et de longues promenades en faisaient surtout les frais.

En 1871, pendant mon passage forcé à Vichy, Desmarres y vint, comme de coutume, en compagnie du fils d'une de nos célébrités médicales qui avait mêmes goûts pour la pêche. Un jour que j'avais été voir couler l'Allier, je rencontrai notre confrère sur ses rives. J'avais presque assisté à ses débuts sur la personne d'un de mes camarades, aujourd'hui professeur distingué à l'Ecole de Rennes, et nous nous étions trouvés ensemble à Paris, auprès de maints ma-

lades. Nos deux mains ne furent donc point longtemps à se rejoindre, et nous causâmes. Après les honneurs rendus à la pêche à la ligne, pour laquelle je me suis toujours senti un faible, tout comme feu le célèbre professeur M.... qui joignait à la passion de l'hameçon celle du lapin aux oreilles de dix-huit et de vingt pouces de longueur, de bout en bout; tout comme le très sympathique professeur G... qui fit des coups de ligne restés légendaires dans les cagnards du vieil Hôtel-Dieu, surtout à l'endroit où certain regard jetait dans le fleuve les jolies choses que l'on sait; tout comme cet ancien ministre, M. D..., qui, dit-on, pour se débarrasser d'un gêneur qui prenait trop souvent sous le pont Royal une place qu'il affectionnait, s'empressa de lui accorder dans son département celle que, jusque-là, il avait vainement quémandée, et comme tant d'autres qu'il serait trop long de citer; après avoir parlé amorces, vers de terre et vers de vase, etc., la conversation s'engagea sur la métallothérapie. J'en parlai longuement, et avec tant de sincérité, je dois le croire, que Desmarres me demanda à en tâter pour son propre compte. Rendez-vous fut donc pris, et, dès le lendemain, j'étais à la recherche du métal qui convenait pour mettre en fuite les rhumatismes dont se plaignait notre habile confrère. L'opération préliminaire, la métalloscopie, est parfois assez longue. Cette fois elle le fut davantage et demanda cinq ou six séances. Comme nous n'étions, ni Desmarres ni moi, gens à nous regarder comme deux potiches, nous déliâmes l'un et l'autre nos langues. « Qui diable a donc pu vous conduire à une telle machinerie? » me dit Desmarres, pendant qu'il tenait impatiemment dans chaque main un cylindre de métal armé de son thermomètre révélateur, car déjà à cette époque la métallothérapie avait ajouté à ses procédés celui de la *thermo-métalloscopie?* Je lui racontai alors l'histoire de la malade de Beaujon, Clémentine X... qui a été donnée par la *Gazette des hôpitaux* du 11 juillet dernier. « Par ma foi ! s'exclama Desmarres, qui avait paru m'écouter avec intérêt, la rencontre est étrange. C'est un bouton de serrure qui vous a conduit, vous, à la métallothérapie ; eh bien ! moi, c'est une clef perdue qui m'a fait oculiste », et il continua à peu près ainsi:

« Je me suis trouvé de bonne heure aux prises avec les difficultés de la vie les plus poignantes. J'avais dix-sept ans à peine quand mon père mourut. Sa fortune était moins que nulle et il laissait derrière lui une veuve avec des enfants dont j'étais l'aîné. A ce moment, nous habitions Versailles. Comme il fallait pourvoir à l'indispensable, je cherchai du travail de bureau et je ne trouvai rien autre à faire que des contraintes pour le compte du receveur des contributions. J'acceptai et, en trimant bien du matin au soir, j'arrivai ainsi à gagner le pain du foyer, environ une somme de soixante à soixante-dix francs en moyenne par mois. Entre temps, un ami de ma famille

obtint mon entrée au domaine avec des appointements de cent francs par mois. C'était un peu plus que je ne gagnais à Versailles, mais les dépenses ayant nécessairement augmenté avec notre translation obligée à Paris, la situation ne se trouva guère améliorée. Me résigner à attendre de l'avancement, je le pouvais d'autant moins que, d'une part, cette situation devenait de jour en jour plus critique, et que, d'autre part, je ne me sentais aucun goût pour le rond de cuir administratif. Mais alors que faire ? Comment arriver à me créer une position qui m'offrît des ressources immédiates suffisantes pour assurer ma vie et celle des miens ? Je me mis à creuser ma cervelle ! Chaque jour je l'interrogeais, et j'y trouvais invariablement cette réponse : Fais-toi avocat ou médecin. J'inclinais fort vers le barreau. Cependant je fis le plus facile en attendant une décision définitive. Je me procurai quelques os ; je les cachai dans mon pupitre et me mis à faire clandestinement un peu d'ostéologie à mes moments perdus. De plus, ces moments n'étant pas rares, j'en profitai pour suivre quelques cliniques, et notamment celle de Sichel. J'en étais là lorsque certain jour, pendant que j'étais à mes écritures, j'entendis du bruit et comme une masse qui roulait dans un couloir obscur qui conduisait à mon bureau. J'en ouvre la porte et, à la faveur du jet de lumière qui s'en suit, je vois, quoi ? Le docteur Sichel, perdu dans l'obscurité et battant les murs de sa grosse personne. « Vous ici, monsieur Sichel ? » m'écriai-je. « Vous me connaissez, Monsieur, me dit Sichel, tout heureux d'être sorti des ténèbres, en s'épongeant le front, — et ici Desmarres imitait à s'y méprendre l'accent si particulièrement tudesque de l'oculiste berlinois, aussi connu de ses contemporains que l'était son chef toujours dépourvu du gibus qu'il portait sous son bras, dans les rues, par tous les temps, ce qui l'avait fait surnommer le *Médecin sans chapeau* par le peuple de Paris, — mais d'où me connaissez-vous ? » — « Je vous ai vu, monsieur Sichel, à votre clinique que je suis quelquefois. » Et Sichel, de me répondre : « Oh ! je suis *pien* heureux, jeune homme, que vous me connaissiez, parce que vous m'aiderez, j'espère, à obtenir ce que je viens demander à votre administration. » — « Parlez, monsieur Sichel, je suis tout à vos ordres. »

Sichel. — « Ah ! vous me connaissez ; *c'est pien* ; voici ce qui m'amène. Je suis propriétaire riverain de la forêt du Raincy. J'ai demandé au Domaine la permission d'aller m'y promener en voiture, et il m'a été délivré à cet effet une clef pour ouvrir les barrières. Or, cette clef, je l'ai perdue, de sorte qu'en outre que je ne puis plus jouir de la faveur qui m'a été très gracieusement accordée, je pourrais à cette heure passer pour un dépositaire infidèle. Je viens donc confesser ma faute et demander une autre clef. »

Desmarres. — « Le malheur n'est pas grand, monsieur Sichel, je

me charge de le réparer. Repassez dans quelques jours à mon bureau et vous y trouverez une autre clef. »

SICHEL. — « Merci d'avance, Monsieur... Et vous suivez ma clinique, jeune homme, malgré vos occupations! *C'est pien.* »

« Dans le courant de la même semaine Sichel revint prendre possession de la nouvelle clef qui l'attendait. Il s'assit dans mon bureau et nous causâmes longuement. Il m'invita à l'aller voir « pour l'aider à mettre en bon français sa cuisine allemande » ; et peu de temps après il me fit son chef de clinique, sans se douter qu'il venait d'ouvrir la porte à une deuxième clinique rivale de la sienne. »

Environ quatre années après, l'élève se séparait du maître et fondait, en effet, son propre enseignement rue Saint-Germain-l'Auxerrois, dans un local des plus modestes. J'en ai retenu le chiffre, il était de 200.

Et voilà comment une clef égarée décida du sort d'Auguste Desmarres et fut le point de départ de sa fortune comme l'avait été l'épingle perdue et ramassée si opportunément par Jacques Laffite dans la cour du banquier Perrégaux. (*Gaz. des hôp.*)

NOUVELLES

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Le Conseil a émis un avis favorable à la transformation de la communauté de l'hôpital de Lourcine en logements pour le personnel laïque.

Il a autorisé le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à accepter, aux conditions imposées, le legs de 3,000 fr. fait par Mlle Setier au profit de cette administration.

Enfin, il a émis un avis favorable à l'appropriation à usage de maisons de secours des localités louées rue Legendre, 62, et rue Oberkampf, 108.

RÉGLEMENTATION DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'ACCOUCHEUSE EN ANGLETERRE. — Jusqu'ici aucune mesure n'avait été prise en Angleterre pour règlementer la pratique des accouchements. La première matrone venue pouvait s'intituler accoucheuse; on ne lui demandait jamais le moindre certificat de capacité. Cet abus va être réformé. Le Parlement prépare une loi qui a pour but d'astreindre, en Angleterre, les sages-femmes à subir des examens et à obtenir un diplôme sans lequel il ne leur serait plus permis d'exercer leur profession.

CONGRÈS NATIONAL DE GÉOGRAPHIE. — Nous apprenons avec plaisir que notre excellent confrère et ami le Dr Armaignac vient d'obtenir au Congrès national des Sociétés de Géographie un *diplôme d'honneur* pour ses intéressants travaux sur l'Amérique du Sud. — C'est la plus haute récompense décernée par le Congrès.

M. Armaignac vient de terminer un livre édité avec luxe chez Mame, et qui contient le récit de ses voyages et aventures dans la République Argentine.

Au point de vue médical, nous y trouvons un chapitre fort intéressant sur l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi dans cette ville en 1870 et dont notre confrère a été témoin oculaire. (*Journal médical de Bordeaux.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

7770.6

Vingt-Neuvième année — Tome II. N° 39 Mardi 3 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
Delahaye et E. Lecrosnier
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. Bottentuit, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 39 Mardi 3 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.
(*Tabes spécifique*) (1).

Par M. F. Labadie-Lagrave,
Médecin des hôpitaux.

Dès 1876, M. le professeur A. Fournier, dans ses leçons cliniques de l'hôpital de Lourcine, avait soutenu, en s'inspirant de ses observations personnelles, que la syphilis pouvait porter ses ravages sur la moelle épinière et engendrer une ataxie locomotrice progressive, c'est-à-dire une de ces maladies caractérisées par une lésion systématique. Cette thèse nouvelle et hardie, qui se heurtait à des convictions établies de vieille date, fut accueillie avec autant de défiance que de défaveur. L'éminent clinicien de l'hôpital Saint-Louis se plaît à le reconnaître et il ajoute qu'il se prit lui-même à douter de l'exactitude de sa théorie. Aussi, faisant table rase de ses premières observations, il résolut d'en appeler à des faits nouveaux. Or, ces faits sont venus donner une confirmation éclatante à son opinion première en établissant l'indéniable authenticité du tabes spécifique. Si bien qu'après sept années de réflexions et de preuves accumulées, le savant syphiligraphe n'hésite plus à jeter à la face de ses contradicteurs passés cette proposition radicale, à savoir que : *dans l'immense majorité des cas, l'ataxie locomotrice progressive constitue une manifestation morbide de provenance syphilitique.* Cette affirmation, si elle venait à se vérifier de toutes pièces, n'aurait pas seulement l'attrait d'une découverte scientifique propre à exciter notre curiosité, elle deviendrait la source d'utiles et fécondes applications thérapeutiques.

On trouvera donc naturel que nous exposions avec quelques détails l'argumentation remarquable sur laquelle M. Fournier édifie et soutient la défense de sa théorie. Nous y sommes entraînés d'ailleurs par le remarquable talent que l'auteur a déployé en écrivant ce livre dont la lecture est aussi attrayante qu'instructive.

On ne saurait trop louer tout d'abord la franchise avec laquelle notre éminent collègue et bien affectionné maître énumère sans réticences les objections qu'a fait naître sa théorie. Les questions diverses que soulève ce délicat problème sont abordées de front et discutées avec une rigueur presque mathématique, tempérée par un style clair, expressif et élégant.

Est-il vrai, est-il indéniable que la syphilis figure fréquemment dans les antécédents des ataxiques ?

(1) Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Louis par M. le professeur A. Fournier, in-8° 387 pages, chez G. Masson. Paris 1882.

Passant en revue les différentes statistiques publiées sur la matière, M. Fournier fait voir que même les adversaires de sa théorie accusent dix-neuf syphilitiques sur cent malades affectés d'ataxie locomotrice ? Si l'on additionne en bloc les chiffres publiés par les auteurs qui ont apporté à la recherche des antécédents syphilitiques un soin tout spécial (Vulpian, Erb, Gowert, Quinquaud, Cazalis et Fournier) en écartant tout parti pris, on arrive à ce résultat qui se passe de tout commentaire. C'est que sur cent ataxiques, de 70 à 91 sont tributaires de la syphilis.

Chez les tabétiques de cette dernière catégorie, l'affection spinale est presque toujours d'ordre tertiaire; il est rare que les premières manifestations de l'ataxie éclatent avant la troisième année qui suit l'apparition du chancre induré, et presque toujours le début du tabes correspond à l'espace compris entre la sixième et la douzième année.

Presque toujours aussi l'ataxie locomotrice se développe sans causes adjuvantes appréciables, ce n'est que dans un très petit nombre de ses observations que M. le professeur Fournier a pu noter l'influence des excès, du surmenage ou de l'hérédité. La plupart de ses malades étaient, au moment du début de l'ataxie, âgés de 24 à 59 ans. Enfin le sexe masculin entraîne une prédisposition marquée, car sur les 107 sujets sur lesquels a porté l'enquête de M. Fournier, 4 seulement étaient des femmes.

Autre fait de la plus haute importance : c'est que l'ataxie spécifique frappe avec une préférence tout à fait marquée les individus chez lesquels la syphilis avait été originairement très bénigne, tant au point de vue du nombre que de la qualité, de la durée et de l'évolution des manifestations apparentes et, dans la presque totalité de ces cas, la vérole avait été insuffisamment traitée à ses débuts.

Ces prémisses posées, M. Fournier entreprend une étude magistrale des symptômes et de l'évolution de l'ataxie vulgaire, telle que nous l'ont faite Duchenne (de Boulogne), Charcot, Westphal et autres. Mais si M. Fournier n'a rien de nouveau à ajouter à l'énumération des symptômes connus de l'ataxie, il faut bien reconnaître que son étude clinique est un véritable chef-d'œuvre de description, de méthode et de clarté. Ces remarquables pages, tracées de main de maître, permettent en effet aux praticiens peu exercés en la matière de s'initier au diagnostic de la maladie à ses premiers débuts et dans ses formes frustes et variées ; d'autre part les cliniciens préparés de longue date à cette délicate recherche trouvent autant de charme que de profit à la lecture de cet intéressant chapitre, où le moindre symptôme est étudié dans toutes ses modalités, dans toutes ses allures, dans toutes ses associations avec les autres manifestations du tabes. C'est d'ailleurs la partie de son livre à laquelle M. Fournier consacre les plus longs développements.

Cette étude est complétée par celle des formes associées où les symptôme de l'ataxie se combinent avec ceux propres à telle autre lésion systématique des centres nerveux, pour constituer un mélange hybride qui déroge au schéma des types classiques.

Il peut arriver aussi que l'ensemble morbide se compose de symptômes médullaires et de phénomènes cérébraux qui affectent une égale importance.

M. Fournier a donné à cette forme mixte la dénomination de *syphilose cérébro-spinale postérieure* qui est entrée aujourd'hui dans la terminologie courante. Il peut arriver encore que les accidents cérébraux prédominent sur les accidents médullaires, et alors ces derniers ont de grandes chances d'être méconnus ; or, il ne s'agit pas seulement là de curiosités pathologiques. M. Fournier a signalé ces associations de symptômes tabétiques et cérébraux comme devant donner l'éveil et faire soupçonner l'origine syphilitique des accidents dont la constatation imposera naturellement au médecin l'obligation de recourir au traitement spécifique. Malheureusement cette découverte d'une ataxie syphilitique n'a réalisé que faiblement sur le terrain de la thérapeutique les espérances qu'elle pouvait faire concevoir. Sur ce point, l'illustre professeur s'explique avec une entière franchise qu'on ne saurait trop louer.

« Le tabes une fois confirmé, dit-il, la médication spécifique reste absolument sans action sur lui, n'influence et ne modifie en quoi que ce soit aucun de ses nombreux symptômes. »

Mais lorsque le tabes n'est pas encore parvenu au terme de son évolution, lorsqu'il est encore en pleine phase de progrès, l'emploi de la médication spécifique peut amender de vieux symptômes, tels que les douleurs fulgurantes qui constituent un cruel tourment pour les malades ; elle peut dissiper des symptômes d'apparition récente ; dans des cas beaucoup plus rares, elle peut agir sur l'ensemble de la maladie de façon à l'enrayer pour un certain temps, après quoi elle reprend le dessus et continue sa marche progressive.

Enfin, dans des circonstances extrêmement favorables « le traitement réalise ce résultat d'immobiliser la maladie, c'est-à-dire de la contenir d'une façon définitive et cela, soit au point exact où elle en était avant l'intervention du traitement spécifique, soit avec atténuation, amendement manifeste de quelques-uns de ses symptômes antérieurs. »

A l'appui de ces judicieuses données, M. Fournier cite de nombreux exemples et se demande, avec juste raison, ce que l'on obtiendrait par les mercuriaux et l'iodure de potassium si l'on avait l'heureuse chance de pouvoir attaquer le tabes *ab ovo*, dès la première éclosion de ses premiers symptômes.

Notre savant collègue fait observer que dans le cours d'une car-

rière de vingt années, il lui est arrivé plus de quarante fois de donner des soins à des malades affectés de paralysies syphilitiques de la troisième ou de la sixième paire et qu'il a pu suivre, pendant de longues années ; ces paralysies, qui sont si souvent le prélude de l'ataxie locomotrice, ont guéri sous l'influence du traitement spécifique sans qu'aucun des malades ait présenté ultérieurement d'accidents tertiaires.

N'est-il pas logique d'admettre que dans plusieurs de ces cas, la paralysie oculaire n'était que la première manifestation du tabes naissant et qui avait été enrayée sous l'heureuse influence de la médication spécifique ?

Après avoir ensuite discuté, et je dirai même réfuté les objections diverses qu'on a adressées de différents côtés à sa théorie, M. Fournier examine, en manière de conclusion, quelle est la conduite qui s'impose au médecin en présence d'un ataxique. Son premier soin doit être de rechercher la syphilis dans les antécédents du malade, « de la rechercher attentivement, longuement, minutieusement, non pas seulement par de simples commémoratifs oraux, mais encore par un examen intégral de tous les organes où elle peut laisser un stigmate, une cicatrice, une empreinte de son passage. » Puis la préexistence de la syphilis reconnue, l'indication formelle est de prescrire le traitement spécifique dans toute sa rigueur et sous ses formes les plus actives.

Mais il y a plus : si l'ataxie est, dans un grand nombre de cas, le fruit tardif de la syphilis bénigne à son origine et plus ou moins négligée, il ressort de là cet autre précepte dont on saisit une fois de plus la haute portée : c'est qu'il faut, d'une façon générale, traiter énergiquement la syphilis à ses débuts, en prévision des manifestations graves que M. Fournier a si justement appelées l'*avenir tertiaire*.

Telle est, en résumé, la thèse brillamment soutenue par le savant syphiligraphe dans ce livre qui reflète les éminentes qualités de son auteur.

Méthode, clarté, élégance et précision, tout est réuni pour rendre attrayante et instructive la lecture de ces pages, qui constituent la monographie la plus complète écrite jusqu'à ce jour sur l'ataxie locomotrice. Tout est agencé pour instruire et charmer le lecteur et pour entraîner la conviction dans son esprit. Cet éloquent plaidoyer en faveur du tabes syphilitique stimulera les indifférents, ralliera les réfractaires et convertira les incrédules, tout en faisant le plus grand honneur à la médecine française et à l'un de ses plus illustres représentants.

Possibilité d'introduire un tube dans le larynx sans produire de douleur ou une réaction quelconque.

par M. Brown-Séquard (1).

Dans cette brève communication, je désire prendre date de la découverte des faits suivants. Si, après avoir ouvert l'arrière-bouche, sur des mammifères, par une incision entre un des côtés de la base de la langue et l'angle de la mâchoire, de manière à avoir sous les yeux l'épiglotte, le bord supérieur du larynx et la glotte, je fais arriver sur ces parties un courant très rapide d'acide carbonique, je trouve, au bout d'un temps variable (de quinze secondes à deux ou trois minutes) que la sensibilité si exquise de la muqueuse laryngée est complètement perdue et qu'il est possible conséquemment d'introduire un tube (et même un doigt, chez un gros chien) dans la cavité du larynx, de l'y tourner et de l'y retourner sans produire de réaction. J'ai fait cette expérience chez des cobayes, des lapins et des chiens. Chez tous le résultat général que j'ai signalé a été obtenu.

Le contraste entre l'état normal du larynx et l'état d'anesthésie de cet organe, après son exposition à l'influence de l'acide carbonique, est extrêmement remarquable. On sait qu'il est impossible de toucher, de titiller la muqueuse laryngée sans produire des effets réflexes très marqués. La glotte se contracte spasmodiquement et le larynx tout entier se soulève avec violence. Lorsqu'on produit l'irritation de cet organe à l'aide d'un courant d'acide carbonique ou par des vapeurs de chloroforme, on constate une agitation générale très vive en outre des réactions locales. Ces deux agents anesthésiques agissent presque également à cet égard et irritent d'abord très violemment. Tout au contraire, lorsqu'on a soumis le larynx, pendant quelques minutes, à l'influence de l'un des deux, mais surtout à celle de l'acide carbonique, on constate que la puissance irritatrice de l'un ou de l'autre sur cette organe est devenue nulle.

Cette anesthésie locale (qui, du reste, s'accompagne d'une anesthésie générale incomplète (2), ne disparaît guère qu'au bout de plusieurs minutes (de deux à huit) après la cessation de l'irritation du larynx par l'acide carbonique. Dans l'espace de quelques heures, j'ai pu répéter cette expérience nombre de fois, chez un même animal,

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) On sait depuis longtemps, par les intéressantes recherches de M. Ozanam et celles surtout de MM. Lallemand, Perrin et Duroy, que l'inhalation de l'acide carbonique peut donner lieu à de l'anesthésie générale. Je dois dire que, dans certaines expériences où j'ai évité de produire de l'anesthésie générale, j'ai pu faire perdre au larynx, mais incomplètement, sa sensibilité. Du reste, il est bien connu que l'acide carbonique peut produire de l'anesthésie locale sur plusieurs autres muqueuses.

et j'en ai toujours obtenu le même résultat quant à l'anesthésie du larynx et à la possibilité d'introduire, sans résistance et sans réaction d'aucune espèce, un tube dans le canal laryngé et trachéal.

J'ai laissé survivre nombre d'animaux ayant été soumis à ces expériences. Aucun mauvais effet local ou général dépendant de l'acide carbonique ou de l'irritation mécanique du larynx ou de la trachée ne s'est montré chez eux. J'ai aujourd'hui trois chiens sur lesquels ces expériences ont été faites et qui ont reçu une énorme quantité d'acide carbonique, soit sur la glotte, soit à travers elle, dans la trachée : ils paraissent être en excellente santé. L'un d'eux a été opéré il y a onze jours, un autre il y a six jours et le troisième avant-hier.

Je ne veux pas examiner aujourd'hui les particularités de ces recherches ni les applications à la thérapeutique que l'on pourrait en faire. Avant de s'occuper de ces applications, il importe de faire chez l'homme des expériences démontrant positivement l'innocuité de l'entrée par la bouche ou la narine d'une quantité très considérable d'acide carbonique. A part les quelques effets bien connus de ce gaz, tels que céphalalgie, vertiges, etc., des expériences que j'ai faites sur moi-même, en 1871, établissent déjà qu'un courant très rapide de cet agent peut être reçu dans l'arrière-bouche sans produire d'effets dangereux. Mais il est essentiel de reprendre ces recherches au point de vue nouveau de la production de l'anesthésie dans la muqueuse laryngée. C'est ce que je me propose de faire très prochainement.

MEMENTO PRATIQUE

LES POISONS ET LEURS ANTIDOTES.

(*Suite*) (1).

ACONITINE ET PRÉPARATIONS D'ACONIT.

Emétique composé de :

Sulfate de cuivre......................	0 gr. 75
Dans eau	45 —

A prendre la moitié immédiatement et le reste cinq minutes après si c'est nécessaire ; puis la potion suivante :

Acide tannique......................	4 gr.
Eau distillée........................	180 —
Sirop simple........................	45 —

Dose : une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

(1) V. *France médicale*, n° 38.

ALCALIS CAUSTIQUES ET LEURS CARBONATES.

℞ Acide tartrique	10	gr.
Eau	1	litre.

A prendre un verre immédiatement, puis, toutes les cinq minutes, une cuillerée à café d'huile à manger et 5 cuillerées à café de la solution acide.

ALCOOL (IVRESSE).

℞ Pepsine en pâte	2	gr.
Eau distillée	180	—
Acide hydrochlorique	20	gouttes.

Une cuillerée toutes les cinq minutes. Ou encore :

℞ Ammoniaque	10	gouttes.
Eau	150	gr.
Sirop simple	15	—

A prendre en une seule fois.

AMMONIAQUE.

1° Faire respirer de l'acide acétique concentré.

2° ℞ Vinaigre	45	gr.
Eau	180	—
Sirop simple	15	—

Dose : une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

3° ℞ Vinaigre	45	gr.
Eau	180	—

En inhalations chaudes.
Eau fraîche en lotions.

ANILINE ET COMPOSÉS.

1° ℞ Sulfate de cuivre	0	gr.
Eau distillée	45	—

La moitié immédiatement et le reste cinq minutes après, si c'est nécessaire.

2° Magnésie calcinée et eau en quantité suffisante pour faire 180 grammes de lait de magnésie, à prendre par cuillerées à bouche, une toutes les demi-heures.

ANTIMONIATES ET TARTRE ÉMÉTIQUE.

℞ Acide tannique	2	gr. 25
Eau distillée	125	—
Sirop simple	60	—
F. s. a.		

Une cuillerée à café toutes les cinq minutes.

(*à suivre.*)

VARIÉTÉS

Les chaires de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (*Suite*) (1).

Né le 17 février 1781; LAENNEC n'avait que 42 ans. Membre de la Société de l'Ecole de Médecine, de la Société anatomique, collaborateur au Dictionnaire des sciences médicales, médecin de l'hôpital Beaujon en 1816, puis de l'hôpital Necker, Laënnec était très connu comme anatomo-pathologiste et comme versé dans l'étude des maladies des organes pulmonaires. En 1819, il avait publié son Traité de l'auscultation qui est un chef-d'œuvre et dont la Faculté vient de donner une nouvelle édition. Appelé à suppléer Hallé au Collège de France, médecin de la Cour, il fut désigné pour une des nouvelles chaires de clinique, à l'hôpital de la Charité, pour le service d'hiver.

CAYOL, né à Marseille le 17 août 1787, avait le sang méridional. Il était rédacteur de la *Revue médicale*, partisan de la doctrine hippocratique, et son talent d'orateur était à la hauteur de son talent d'écrivain. Il fut choisi pour occuper à l'hôpital de la Charité la deuxième chaire de clinique, pour le service d'été, et il l'occupa avec éclat.

La quatrième chaire de clinique fut confiée à LANDRÉ-BEAUVAIS, qui fut en même temps nommé doyen. C'est à l'hôpital de la Salpêtrière, dont il était médecin, que fut attribuée cette chaire. Landré-Beauvais, né en 1772, avait 51 ans. Depuis 1801, il était à la Salpêtrière, où Pinel l'avait fait nommer. Il avait institué à l'hôpital des cours qui étaient très suivis. Sa renommée, ses principes le firent désigner au choix du gouvernement, qui lui confia en même temps le décanat. Cette fonction l'absorba et lui fit négliger son enseignement.

Mais la santé de Laënnec dépérissait de jour en jour; il portait le germe de l'affection pulmonaire qui avait été l'objet de ses études. Vaincu par le mal, il reprit le chemin de la Bretagne et mourut le 13 août 1826, près de Douarnenez, dans le Finistère, à l'âge de 45 ans.

Sept candidats se présentèrent pour obtenir la chaire de Laënnec. La lutte fut vive entre Chomel et Guersant : au scrutin de ballottage, le premier ne l'emporta que d'une voix. CHOMEL fut nommé professeur de clinique médicale le 19 janvier 1827, et prit le service de l'hôpital de la Charité.

Nous avons raconté précédemment (*France médicale*, 1878), le contre-coup des événements politiques de 1830 sur la Faculté de médecine. Les professeurs nommés par le bon plaisir du gouvernement, en 1823, furent destitués. Récamier, Cayol et Landré-Beau-

(1) Voir *France médicale*, nos 34 et 38.

vais durent descendre de leurs chaires, et l'enseignement de la clinique interne fut confié à CHOMEL, nommé régulièrement en 1827, à FOUQUIER qui, nommé à la clinique de perfectionnement, en 1820, à la chaire de pathologie interne, en 1823, occupa la chaire de clinique par permutation, et à LEROUX DES TILLETS, qui, malgré ses 80 ans, reparut à la Charité devant un auditoire nombreux qui l'accueillit par des applaudissements. La quatrième chaire était vacante.

Chomel passa à l'Hôtel-Dieu, Fouquier et Leroux restèrent à la Charité.

Mais le gouvernement de Juillet avait rétabli le concours et par arrêté du 27 décembre 1830, cinq chaires furent déclarées vacantes, parmi lesquelles était celle de clinique médicale.

Le concours pour cette chaire fut fixé au 18 juin 1831, et il mit en présence Bouillaud, Gaultier de Claubry, Gendrin, Louis, Piorry et Rochoux. Nous ne raconterons pas les péripéties de ce concours, mais nous indiquerons seulement les sujets des thèses qu'eurent à soutenir les concurrents.

Dissertation sur les généralités de la clinique médicale et sur le plan et la méthode à suivre dans l'enseignement de cette science. Cette question fut traitée par Bouillaud et Gaultier de Claubry.

Considérations générales sur l'enseignement et l'étude de la médecine au lit des malades (Gendrin).

Généralités sur l'enseignement de la médecine clinique (Louis et Piorry).

Plan d'un cours de clinique (Rochoux).

C'était le cinquième concours pour le professorat. Au troisième tour de scrutin, Bouillaud l'emporta de deux voix sur Louis, et il fut nommé professeur de clinique interne le 9 mars 1831.

Chomel resta à l'Hôtel-Dieu; Fouquier et Bouillaud furent désignés pour la Charité, car Leroux ne professait plus.

Leroux des Tillets fut emporté le 8 août 1832 par une attaque de choléra.

L'année suivante, sa chaire fut mise au concours, dont la forme subit quelques modifications. Il fut fixé au 9 mars 1833, et douze candidats se présentèrent, parmi lesquels étaient Cayol qui venait redemander au concours la chaire qu'il avait possédée pendant sept ans, — Chauffard, qui quittait Avignon pour lutter à Paris, — Casimir Broussais, Gaultier de Claubry, Gendrin, Gibert, Dalmas, Martin Solon, Piorry, Rochoux, Rostan et Trousseau.

Six candidats se retirèrent et la lutte eut lieu entre Broussais, Dalmas, Gibert, Piorry, Rostan et Trousseau, qui, après les épreuves cliniques, eurent à traiter les questions suivantes :

Existe-t-il des maladies générales primitives ou consécutives? (Broussais).

Quels sont les caractères des maladies spécifiques? Quelles sont les indications thérapeutiques qu'elles présentent? (Dalmas.)

Jusqu'à quel point l'anatomie pathologique peut-elle servir de base à la classification des maladies? (Gibert.)

Quelle part a l'inflammation dans la production des maladies dites organiques? (Piorry.)

Jusqu'à quel point l'anatomie pathologique peut-elle éclairer la thérapeutique des maladies? (Rostan.)

Dans quelles limites la saignée est-elle applicable au traitement des maladies? (Trousseau.)

Ce concours avait donné lieu à de vives récriminations de la part de quelques candidats. Il se termina le 3 juillet par la nomination de ROSTAN.

Rostan, âgé de 43 ans, plein de bienveillance, de tact, de distinction, fut l'un des professeurs les plus sympathiques et les plus suivis, tant pour lui-même que pour la doctrine qu'il professait et pour son mode de faire interroger les malades par les élèves. Il fut désigné pour l'hôpital des Cliniques (1), qui contenait alors trois services, un de chirurgie, un de médecine et un d'accouchements. Rostan fit son cours à l'hôpital des cliniques depuis 1833 jusqu'en 1840. L'augmentation du service d'accouchements nécessita la suppression du service de clinique médicale, qui fut transporté à l'Hôtel-Dieu, lorsque la mort de Petit laissa deux salles vacantes.

Depuis cette époque jusqu'en 1850, il y eut deux services de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu et deux à l'hôpital de la Charité. A l'Hôtel-Dieu, Chomel faisait le service d'hiver; Rostan, celui d'été. A la Charité, Bouillaud professait pendant le semestre d'hiver, et Fouquier pendant celui d'été.

(*A suivre.*) A. CORLIEU.

NÉCROLOGIE

— On annonce la mort de MM. les Drs BERGIAT (de Beaurepaire), BERNARDET (de Barsac), GUILLEMETTE (de Villers-Marmerie), CAMUSET, de Auve (Marne).

— On annonce également la mort du chimiste WŒHLER, directeur de l'Institut chimique de Gœttingen depuis 1836, le premier qui ait isolé, dès 1827, l'aluminium que M. Sainte-Claire Deville put ensuite obtenir en masse compacte.

— Le Dr J. MARTIN (de Saint-Bonnet) est mort le 10 septembre dernier à l'âge de 70 ans.

(1) Corlieu, l'*Hôpital des cliniques de la Faculté de médecine de Paris*, 1878, br. in-8° et *France médicale*, numéros 65 et suivants.

— Le Dr BROCHARD, bien connu par son journal et ses travaux sur l'allaitement, l'hygiène et la pathologie des nouveau-nés, vient de mourir à Paris à l'âge de 70 ans.

— Le Dr CARRÈRE (d'Esternay) est mort à l'âge de 80 ans.

— Le Dr LECOQ (de Paris) vient de mourir à l'âge de 82 ans.

— On annonce également la mort du Dr Georges-Hugh EDWARDS, officier d'Académie, agrégé de l'Université.

NOUVELLES

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Dans sa séance du 9 août dernier le Conseil municipal a voté la création d'un service balnéo-thérapeutique à la Salpêtrière. De plus, il a invité l'administration de l'Assistance publique : 1° à prendre les mesures nécessaires pour isoler la Salpêtrière ; 2° à étudier promptement tous les vœux émis par le Conseil municipal et le Conseil général relatifs à la Salpêtrière, et à présenter à bref délai des propositions au Conseil municipal.

Il a de même, dans une autre délibération du même jour, émis un avis favorable à la reconstruction du service des bains à l'hôpital Laënnec.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. Paul Neiss, médecin de 1re classe de la marine, est chargé d'une mission scientifique dans le pays des Moïs, au nord-est de la Cochinchine.

LE SERVICE MÉDICAL DE NUIT A PARIS. — M. le Préfet de police vient de proposer au Conseil municipal de porter de dix à vingt francs, à partir du 1er janvier prochain, pour les accouchements, les honoraires des visites du service médical de nuit. Le nombre des accouchements faits par ce service s'est élevé, en 1880, à 445, et, en 1881, à 541, ce qui représente une moyenne de 500 accouchements par an. De ce chef, un crédit supplémentaire de 5,000 fr. sera nécessaire. Cette allocation permettrait de rémunérer, dans une mesure équitable, des soins tout spéciaux et de donner satisfaction à de légitimes et nombreuses réclamations. Il serait d'ailleurs, quant au recouvrement, procédé pour ces honoraires de 20 fr. comme pour ceux de 10 fr., c'est-à-dire que le remboursement en serait opéré sur toutes les personnes solvables qui auraient motivé les réquisitions. (*Progrès médical*).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — La Commission de classement des médecins et des pharmaciens militaires s'est réunie lundi sous la présidence de M. le général Lecointe, gouverneur de Paris. A l'heure où nous écrivons, le tableau supplémentaire doit être arrêté, et, par conséquent, le décret nommant aux nouveaux emplois ne saurait se faire longtemps attendre. Les nominations de médecins en chef de corps d'armée vont aussi avoir lieu très prochainement ; elles précéderont de quelques jours la publication de l'instruction relative au fonctionnement du service de santé qui, probablement, pourra être mise à exécution au commencement de novembre. (*Progrès militaire*).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République en date du 27 septembre 1882, rendu sur le rapport du ministre

de la marine et des colonies, M. Geoffroy (Bruno-Victor-César), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

Faculté de médecine de Berlin. — Le professeur Bergmann, de Wurtzbourg, a été appelé à remplacer le professeur Langenbeck à Berlin. La place avait été offerte à Billroth, qui a préféré rester à l'Université de Vienne.

Exercice illégal de la médecine. — *Un médecin complice d'un charlatan.* — La cour de Nîmes vient de fixer un point de droit intéressant. Elle a confirmé un jugement du tribunal de Carpentras qui avait condamné à 200 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine, un docteur en médecine, M. B..., qui, se faisant le complice d'un empirique de Vaucluse nommé Robert, appliquait, sans en connaître la composition, les remèdes secrets que celui-ci fabriquait, remèdes qui avaient le singulier don d'aggraver l'état des malades au lieu de les guérir. Il va sans dire que les remèdes en question se vendaient très cher.

Le Dr Crevaux. — Une souscription est ouverte à l'Ecole de médecine navale de Brest pour l'érection d'une plaque commémorative en l'honneur du Dr Crevaux, médecin de 1re classe de la marine. C'est dans cette école, en effet, que l'illustre voyageur a fait ses études médicales et scientifiques. L'initiative de cette souscription est due à un professeur qui fut son maître et son ami. La plaque sera placée dans une des salles du riche musée d'histoire naturelle destiné à l'instruction des médecins de la marine

Bulletin de la mortalité *du 21 au 27 septembre* 1882. — Fièvre typhoïde, [illegible] — Variole, 3. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 1. — Diphtérie, croup, 19. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 45. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 57.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 49.

Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 73; au sein et mixte, 41; inconnu, 2. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 76; l'appareil circulatoire, 61; l'appareil respiratoire, 65; l'appareil digestif, 45; l'appareil génito-urinaire, 19; la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 5. — Nombres absolus de la semaine, 941.

Résultats de la semaine précédente : 982.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique, par Léon Faisans. In-8, 1882. 2 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

Vingt-Neuvième Année — Tome II. N° 40 Jeudi 5 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Gît-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 40. Jeudi 5 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 4 octobre 1882.

Le bureau de l'Académie était presque au complet: M. le professeur Hardy, vice-président, occupait le fauteuil de la présidence, les académiciens étaient plus nombreux, et le public des séances d'hiver était revenu Pour mieux marquer le retour de l'Académie à sa condition normale, quelques-uns des orateurs les plus écoutés nous ont donné hier une séance des mieux remplies tant par la valeur des communications elles-mêmes que par la vigueur des attaques et des ripostes, et cette ardeur dans la discussion qui fait le succès des assemblées scientifiques aussi bien que des assemblées politiques.

M. Bouley répondait à M. Blot et soutenait que la répugnance des Arabes pour la vaccine autorisait à employer chez eux la variolisation au moyen de virus plus ou moins atténués, selon les procédés de M. Pasteur. M. Blot trouve que M. Bouley ne sait pas ce qu'il fait quand il inocule du virus varioleux; il ne croit pas à la vérité de la formule: variola sine variolis; mais surtout MM. Larrey et Perrin s'élèvent vivement contre les paroles de M. Bouley qui, considérant les Arabes comme d'une race inférieure, peu digne d'intérêt, voudrait que l'on fît sur eux des expériences que l'on n'oserait pas tenter à Paris. M. Rochard montre, par l'exemple de la Cochinchine et du Cambodge, ce que l'on peut obtenir par la seule persuasion, en inspirant confiance aux indigènes; d'ailleurs, ajoute-t-il, les répugnances que l'on rencontre chez ces peuples à demi sauvages se retrouveraient certainement en France, si la vaccine, inconnue jusqu'ici, y était brusquement introduite à notre époque.

M. Rochard conserve la parole pour compléter une communication qu'il a faite il y a deux ans sur le traitement des abcès du foie par un procédé employé par les chirurgiens anglais de Shang-Haï. Au lieu d'une simple ponction avec un trocart plus ou moins volumineux, ces chirurgiens font une large incision quand il se sont assurés de la présence du pus, puis ils placent dans l'abcès un tube à drainage et font des lavages et un pansement phéniqués. M. Rochard cite deux nouvelles observations de guérison par ce procédé.

Citons enfin une communication très intéressante d'un chirurgien de Lyon, M. Aubert, sur l'absorption par la peau des substances dissoutes dans l'eau.

A. Ch.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

Thérapeutique générale des maladies de la peau.

Leçons recueillies et rédigées par M. Bodinier,
Interne du service.

Messieurs,

Après avoir étudié en particulier les maladies de la peau, après avoir décrit les symptômes, les variétés et l'évolution des plus fréquentes, nous en avons fait la synthèse dans notre dernière leçon, nous avons montré les liens qui les unissent, et la différence de leur marche suivant le terrain où elles se développent. Ces études préliminaires étaient indispensables pour aborder avec fruit l'étude de leur traitement. Cette question du traitement est vaste et complexe, et, vu son importance, elle doit être morcelée, pour ainsi dire, pour les commodités de l'étude. Il faut successivement passer en revue les indications que nous fournissent la maladie et le malade, la nature et le mode d'action des médicaments employés, les doses variables suivant les cas, et déterminer la durée du traitement. Mais ce n'est pas tout : il faut encore savoir comment on doit se servir du médicament indiqué, savoir le manier et l'appliquer de manière à en tirer tout le parti possible ; en un mot connaître le modus faciendi.

Quand on est en face d'une maladie de la peau que l'on veut guérir, il faut se poser les trois questions suivantes d'une importance capitale, nécessaires même pour instituer un traitement rationnel :

1° Quelle est la maladie ?

2° Quelle est la lésion ?

3° Quelle est la constitution du malade ?

Seule, la solution connue de ce triple problème permet d'entreprendre avec fruit la cure de toute affection de la peau.

Et d'abord quelle est la maladie ? Il faut rechercher avec soin, pour répondre à cette question, la cause, l'origine de l'affection que l'on a sous les yeux. Voyez si elle est de cause locale, si elle n'est pas due à une irritation extérieure ou à un parasite qui a élu domicile sur le tégument du malade. Interrogez le malade lui-même et peut-être trouverez-vous dans une modification momentanée de sa manière d'être, peut-être, dis-je, trouverez-vous la cause que vous cherchez : embarras gastrique, émotion morale, etc. Enfin examinez sa constitution, et vous découvrirez la diathèse qui, à elle seule, a pu engendrer l'affection que vous devez guérir ; ce sera l'herpétisme ou la scrofule, ce sera la syphilis, aujourd'hui si fréquente, ou simplement l'affaiblissement du malade, la cachexie.

Si la maladie est due à une cause locale, le traitement est local, il

s'applique uniquement à la lésion : il n'y a nul besoin de modifier la constitution qui n'est pas atteinte.

Mais ici se pose une question importante, fort controversée du reste, attaquée et défendue par des hommes également compétents. Cette question la voici : « Une affection de cause purement locale, mais persistante, peut-elle modifier la constitution tout entière et d'une manière durable, en un mot engendrer une diathèse ? » Vous comprenez facilement combien est importante pour le traitement la solution de cette question ; car, suivant que l'on sera pour l'affirmative ou la négative, on devra logiquement instituer un traitement général, ou se borner à un traitement local. Eh bien ! oui, malgré les dénégations de plusieurs dermatologistes, je crois qu'une affection de la peau, purement locale d'abord, mais étendue et persistante, peut engendrer un état constitutionnel, qui peut être passager, mais peut être aussi persistant et constituer une diathèse. Quoi de plus local à son origine que la gale, quelle affection tient moins à l'organisme lui-même ? Eh bien ! la gale peut se généraliser, amener des éruptions variables également généralisées, et sous l'influence des troubles apportés aux fonctions de la peau, l'économie tout entière se trouve atteinte, et la diathèse herpétique est créée de toute pièce. J'ai vu des individus, chez qui la gale avait déterminé une éruption d'eczéma, être repris chaque année et spontanément de leur eczéma ; ils étaient devenus herpétiques, et pourtant, en fouillant leurs antécédents personnels ou héréditaires, il était impossible de retrouver des traces de la diathèse qui venait de les envahir. M. Hardy, dont personne ne peut nier la compétence dans cette matière, n'a-t-il pas établi de son côté que l'herpétisme peut naître sous l'influence de la malpropreté, de la misère ou d'émotions morales longtemps prolongées ? Du reste, les chirurgiens sont sur ce point d'accord avec nous, et ils admettent que certaines tumeurs peuvent se généraliser, et qu'on peut, en enlevant la tumeur, empêcher l'infection de l'économie. Et s'il était permis, dans une question scientifique, d'invoquer l'opinion de la foule, je dirais que rien n'est plus général dans le public que cette croyance à la naissance d'une diathèse sous l'influence d'une affection locale.

Si donc vous avez une gale à traiter, que ferez-vous ? Eh bien, deux cas se présentent : la gale est simple, limitée et sans complications, ou bien la gale est généralisée et compliquée de lésions multiples. Dans le premier cas, vous n'avez qu'à traiter la gale, et une frotte en aura raison ; dans le second cas, vous devrez traiter les lésions consécutives à la gale, et, tout d'abord, celles-ci disparues, prescrire la frotte traditionnelle ; mais ce n'est pas tout : il faut encore, par une médication appropriée, prévenir l'herpétisme qui, peut-être, est sur le point de se montrer.

Mais, laissons ces digressions et voyons le traitement de la dia-

thèse herpétique. La syphilis et les fièvres paludéennes ont trouvé leur spécifique, l'une dans le mercure et l'iodure de potassium, l'autre dans le sulfate de quinine ; moins heureux, l'herpétisme en est encore à chercher le sien. Cependant il est un médicament qui a une grande puissance contre l'herpétisme : c'est l'arsenic ; il est l'analogue de l'iode dans la scrofule. Ces médicaments ne réussissent pas toujours, c'est vrai ; il n'en faut pas moins les employer sous toutes les formes et avec persistance.

Mais, dans l'administration de l'arsenic, il est des précautions à prendre ; faute d'y penser, on s'expose à des mécomptes, à des accidents même ; en un mot, il existe des contre-indications.

L'arsenic, en effet, est un altérant, c'est-à-dire un médicament qui modifie profondément la constitution. Or il ne peut amener cette modification cherchée, s'il n'est pas absorbé. La première condition d'une bonne absorption, c'est l'intégrité des voies digestives ; il faut donc, avant d'administrer l'arsenic, combattre par les moyens appropriés les troubles gastro-intestinaux, si fréquents dans l'herpétisme.

En outre, l'arsenic s'élimine par la peau et l'irrite à sa sortie de l'organisme ; il y aura donc contre-indication à son emploi toutes les fois qu'il existera une inflammation aiguë de la peau, comme l'eczéma fluent. Il faudra, au préalable, combattre cette inflammation par des applications topiques émollientes (cataplasmes de fécule, bains d'amidon, etc.) et par des dérivatifs sur les voies digestives ou urinaires (purgatifs, diurétiques).

Enfin dans son voyage à travers l'économie, l'arsenic est un excitant de la circulation, et par conséquent ne peut être employé sans inconvénient lorsqu'il y a de la fièvre.

Ce que je viens de dire de l'arsenic s'applique également au mercure et à l'iodure de potassium, et il ne faut les manier qu'avec des précautions que l'on oublie parfois, que surtout l'on a oubliées autrefois. Aussi le mercure, ce médicament qui nous est devenu nécessaire, devant le flot montant de la syphilis, le mercure a mauvaise réputation dans le monde. On l'a accusé de torts qui ne sont pas les siens, mais les torts de ceux qui n'ont pas su l'employer. On s'en est servi sans tenir compte ni de la santé générale plus ou moins compromise, ni des lésions locales antérieurement existantes ; on l'a donné à doses massives, sans compter pour ainsi dire, et alors on a eu des accidents : la stomatite mercurielle et la chute des dents, l'alopécie et le tremblement, etc., etc., et l'on a accusé le mercure sans songer à toutes les fautes commises dans son administration.

Nous venons de voir en quelques mots les précautions à prendre pour donner l'arsenic ou le mercure, maintenant sous quelle forme pharmaceutique les emploie-t-on ?

Voyons d'abord l'arsenic. On s'est longtemps servi et l'on se sert

encore des vieilles préparations arsenicales de Fowler, de Pearson et de Dioscoride. Mais les liqueurs de Fowler et de Pearson se donnent par gouttes, tout au plus par grammes, et par là même sont dangereuses : la moindre distraction suffit pour doubler la dose et amener des accidents. Quant aux granules de Dioscoride, dosés à un milligramme d'acide arsénieux, ils sont infidèles comme tous les granules, les uns pouvant contenir une forte dose d'arsenic, et les autres en être complètement privés. Je préfère formuler moi-même les préparations que je prescris. J'emploie l'arsenic en solution ou en pilules.

La solution dont je me sers est ainsi dosée :

Eau distillée........................ 500 gr.
Arséniate de soude.................... 0,10 cent.

Je l'administre par cuillerée à bouche et chaque cuillerée contient de deux à trois milligrammes d'arséniate de soude.

Je formule ainsi mes pillules arsenicales :

Arséniate de soude................ 1 milligr.
Extrait de gentiane................ 10 centig.

On commence l'administration de l'arsenic en donnant 6 milligr. par jour, et l'on donne cette dose en trois fois dans la journée afin de moins fatiguer l'estomac. Au bout d'un certain temps, au bout de huit ou quinze jours, lorsque les voies digestives et l'économie ont pu s'habituer à ce médicament nouveau, on augmente la dose et l'on peut aller jusqu'à neuf ou douze milligr. d'arséniate de soude. Mais il est inutile, il peut même être dangereux de dépasser cette dose. L'arsenic se donne au commencement du repas pour éviter toute irritation digestive et profiter de l'activité de l'absorption. On peut donc donner avant chaque repas, et suivant la dose que l'on veut prescrire, une ou deux cuillerées de la solution ou bien deux à quatre pilules.

Je prescris surtout le mercure sous la forme pilulaire et je préfère aux autres préparations mercurielles le protoiodure. Je me sers des pilules suivantes :

Protoiodure de mercure............. 0,03 centig.
Extrait d'opium.................... 0,01 —
Extrait de gentiane................ 0.10 —

L'opium prévient l'irritation gastrique et l'extrait de gentiane combat l'inappétence trop souvent amenée par le mercure. J'emploie également volontiers le sirop de Gibert dont vous connaissez tous la composition :

Biiodure de mercure.............. 0,01 centig.
Iodure de potassium............... 0,50 —
Sirop simple...................... 25 grammes.

Chaque cuillerée à bouche contient environ un centigr. d'iodure mercurique et cinquante centigr. d'iodure de potassium.

On donne pour commencer une pilule par jour, ou une cuillerée de sirop de Gibert, et plus tard on peut doubler la dose. Ainsi administré à petites doses et avec précautions, le mercure ne donne lieu à aucun accident et il guérit la syphilis.

On a cru qu'on guérissait mieux les diathèses en donnant des doses massives ; c'est une erreur profonde; car, pour modifier un organisme et le débarrasser de sa diathèse, il est de toute nécessité que le médicament soit digéré et absorbé, qu'il séjourne dans le sang et aille avec lui imprégner les tissus; or, comment voulez-vous arriver à ce résultat, comment voulez-vous modifier favorablement l'économie, quand vos doses massives déterminent des accidents à leur point d'absorption, quand elles jettent l'économie dans une perturbation profonde et détruisent la santé? Vous n'avez pas guéri votre malade, vous l'avez empoisonné.

En résumé, pour que le traitement d'une maladie cutanée soit utile, il faut : 1° que l'appareil digestif fonctionne bien; 2° que l'on évite les doses perturbatrices; 3° que l'on sache persévérer longtemps dans le traitement adopté.

Le traitement, en effet, doit être de longue durée ; on doit le continuer alors même que tout accident a disparu. Ce n'est qu'à cette condition qu'on peut guérir les diathèses ; car, quoi qu'on en ait dit, les diathèses guérissent. Et quand on a cessé le traitement, quand on a cru l'économie assez profondément changée dans un sens favorable, il faut se défier des récidives et reprendre de temps à autre le médicament modificateur, surtout à certaines époques de l'année, comme le printemps et l'automne.

Enfin il ne faut pas oublier que tout traitement a près de soi un adjuvant puissant, nécessaire même, mais trop souvent oublié : c'est l'hygiène. C'est à elle surtout qu'il appartient de relever l'économie abattue et désorganisée par la diathèse. Recommandez donc à vos malades d'éviter les fatigues, les veillées et les excès ; placez-les dans les meilleures conditions de nourriture et de logement, et vous aurez fait ce qu'il est possible de faire, et mis de votre côté toutes les chances de guérison qui restent encore dans cette organisation malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 *octobre* 1882. — *Présidence de* M. HARDY.

M. le Président annonce la mort de M. Maurin, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Rouen. M. Maurin est décédé à l'âge

de 87 ans ; il était depuis vingt-cinq ans membre correspondant de l'Académie.

De la variolisation chez les Arabes. — *M. Bouley* désire répondre aux quelques mots prononcés dans la dernière séance par M. Blot. La répugnance des Arabes pour le vaccin existe toujours et un médecin très autorisé, M. le Dr Bertherand, a publié l'an dernier un article sur la variolisation en Algérie. La variolisation est d'autant plus utile que souvent le vaccin manque ou qu'il est détérioré. Mais M. Blot a tort de croire que M. Bouley a voulu substituer la variolisation à la vaccine; il ne s'agit ici que d'un cas particulier.

Les médecins militaires pourraient facilement, sans provoquer de défiance, essayer chez les Arabes des virus atténués.

M. Blot trouve que la vaccination est maintenant très bien acceptée par les Arabes, qu'elle se répand de plus en plus ; la preuve en est dans les rapports adressés chaque année par les médecins civils ou militaires qui pratiquent en Algérie.

De plus, M. Bouley est-il sûr qu'xn inoculant son virus varioleux. il inocule quelque chose? En réalité il ne sait pas ce qu'il fait ; dans la vaccine on est guidé par l'éruption et la cicatrice, dans l'inoculation de virus varioleux on n'a rien. M. Bouley admet qu'il existe une variole sans éruption, *variola sine variolis*, mais rien n'est venu démontrer cette proposition.

M. J. Guérin combat les tentatives que l'on voudrait faire en inoculant chez les Arabes du virus varioleux atténué. D'ailleurs, il n'y a là rien de nouveau.

L'atténuation du virus varioleux a déjà été obtenue par Robert qui la pratiquait en diluant le virus dans du lait.

M. Larrey rappelle qu'en Afrique, en effet, les Arabes ont éprouvé pendant de longues années une répugnance invincible à se laisser vacciner. Actuellement, il est vrai, les vaccinations sont beaucoup plus nombreuses qu'il y a quelques années. Aussi M. Larrey s'élève au nom de l'armée contre la proposition formulée par M. Bouley qui, considérant les Arabes comme une espèce d'hommes particulière, voudrait que l'on fît sur eux des expériences que l'on n'oserait pas faire sur des Français.

M. Perrin joint ses protestations à celles de M. Larrey. Pourquoi, si on croit ces expériences bonnes, ne pas les faire à Paris et non pas en Afrique sur une espèce d'hommes, comme les qualifie M. Bouley? Actuellement, grâce au zèle des jeunes médecins militaires, la vaccination est de plus en plus pratiquée. Les médecins militaires ont pu inspirer aux Arabes une telle confiance qu'ils peuvent s'enfoncer en Algérie à cinq ou six journées de marche, seuls, sans escorte, sans avoir rien à craindre du fanatisme musulman. M. Perrin s'élève vivement encore contre la proposition de M. Bouley qui trouve bon

pour des Arabes ce qu'il trouverait dangereux chez ses compatriotes.

M. Rochard. En Cochinchine, nous avons éprouvé la même difficulté qu'en Afrique à vacciner les indigènes ; actuellement, au contraire, les vaccinations sont tellement admises que les indigènes eux-mêmes viennent la demander, même du Cambodge qui ne nous appartient pas. Aussi en 1880, 99 615 vaccinations ont pu être pratiquées dans cette colonie.

De l'ouverture des abcès du foie. — *M. Rochard* a déjà fait, le 20 octobre 1880, une communication sur ce sujet. La méthode qu'il préconisait, employée à Shang-Haï par les médecins anglais, consistait en ceci : chercher, au moyen d'un trocart capillaire, le siège précis d'un abcès du foie ; puis, une fois qu'on voit sortir le pus par le trocart, retirer l'instrument et inciser largement avec le bistouri, nettoyer la plaie et l'abcès avec l'acide phénique, puis faire le pansement de Lister.

M. Rochard rapporte à l'appui de ce procédé deux observations dues l'une à un médecin de marine, le Dr Solland, l'autre au Dr Bernard (de Cannes).

M. J. Guérin rappelle qu'il a préconisé, il y a déjà longtemps, la méthode sous-cutanée dans le traitement des abcès du foie.

M. Rochard soutient qu'on a beaucoup plus d'avantages à ouvrir largement la plaie et à voir nettement ce qui s'y passe, actuellement que les nouvelles méthodes de pansement permettent d'ouvrir largement le ventre sans danger. Il connaît parfaitement le procédé de M. J. Guérin, mais il est impossible de faire sortir par un trocart, quel que soit son volume, tout ce qui peut s'échapper lorsque la cavité est largement mise à nu.

De l'absorption par la peau des principes dissous dans l'eau. — *M. Aubert* (de Lyon) rapporte des expériences dont il tire les conclusions suivantes :

1° La pénétration des substances dissoutes dans l'eau peut se faire à travers l'épiderme sans érosion extérieure et apparente.

2° Cependant la condition essentielle de cette pénétration paraît être une effraction épidermique se produisant dans les gaines le long de la portion incluse de la tige du poil.

3° En effet, dans nos expériences, la pénétration s'est faite exclusivement au niveau des régions pileuses.

4° Toutes les conditions qui favorisent le tiraillement des poils (friction avec la main mouillée ou sèche, volume, résistance et longueur des poils), favorisent également la pénétration.

5° La finesse de la peau et la minceur de l'épiderme constituent plutôt des conditions défavorables, à cause du faible développement des poils dans ces régions.

L'absence des poils est également une condition éminemment défavorable à l'absorption.

6° On conçoit la possibilité de faire pénétrer en petite quantité des substances solubles à travers l'épiderme et de se servir de cette voie d'absorption soit dans le bain, soit en dehors du bain. Il faut pour cela, avant ou pendant le contact de la substance dissoute, frotter largement et avec une intensité suffisante à l'aide de la paume de la main la surface cutanée et plus spécialement les régions pileuses. Le seul inconvénient possible de cette pratique serait une inflammation modérée, un peu de rougeur ou de cuisson localisées au niveau de l'émergence des poils.

7° On ne peut compter sur le bain simple même prolongé (2 heures dans notre expérience) pour faire pénétrer la plus mince parcelle d'une substance soluble.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

VARIÉTÉS

Les chaires de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (*Suite et fin*) (1).

Fouquier est mort le 5 octobre 1850, et Piorry, professeur de pathologie interne depuis le 26 février 1840, demanda par permutation la chaire de Fouquier, ce qui lui fut accordé.

Lorsque le second Empire fut proclamé, Napoléon III exigea le serment de tous les fonctionnaires, formalité assez puérile dans un pays où la forme du gouvernement est exposée à tant de changements. Or, Chomel avait été le médecin et même l'ami du souverain détrôné en 1848. « Sa fidélité, dit-il, était acquise et due au malheur », et il refusa de prêter le serment qu'on lui demandait. Il fut dépossédé de sa chaire et cessa de faire partie de la Faculté.

Trousseau, professeur de thérapeutique et de matière médicale depuis 1839, demanda par permutation la chaire de Chomel, à laquelle il fut nommé le 18 décembre 1852. Il ouvrit son cours de clinique médicale le 3 janvier 1853, avec un succès qui ne se démentit pas un instant.

Rostan, dont la santé commençait à décliner, prit sa retraite en 1864, et fut nommé professeur honoraire.

Trousseau, de son côté, se sentant fatigué après dix ans d'enseignement clinique, avait redemandé la même année (1864) à reprendre sa chaire de thérapeutique qu'occupait Grisolle depuis 1853, ce qui fut accepté par l'assemblée des professeurs, et le

(1) Voir *France médicale*, nos 34, 38 et 39.

24 septembre 1864, Grisolle était nommé par permutation à une des chaires de clinique interne de l'Hôtel-Dieu ; l'autre fut donnée à Piorry, qui quitta l'hôpital de la Charité.

Natalis Guillot, nommé professeur de pathologie interne le 4 juillet 1855, fut désigné pour la chaire de la Charité, en remplacement de Piorry (1865).

Le 3 novembre 1866, Piorry était mis à la retraite, sans être nommé professeur honoraire. On crut le consoler en le nommant officier de la Légion d'honneur. Quelles qu'aient été les excentricités de Piorry, il a laissé dans la science des travaux qui ne périront pas. Quelques jours après, le 10 novembre, on apprenait la mort de Natalis Guillot, de sorte qu'on eut à pourvoir en même temps à deux chaires de clinique interne.

Les deux professeurs de pathologie interne, Béhier et Monneret, furent nommés, par un décret du 5 janvier 1867, aux deux chaires vacantes. Mais au mois de décembre 1866, la Faculté avait décidé qu'une clinique médicale et une clinique chirurgicale seraient transférées à l'hôpital de la Pitié, et un décret du 1er juin 1867 avait sanctionné l'opinion de la Faculté. Il avait été également décrété qu'une clinique médicale serait transférée à Necker, mais que provisoirement elle resterait à la Charité.

Béhier fut désigné pour l'hôpital de la Pitié et Guillot pour celui de la Charité.

Monneret est mort le 14 septembre 1868 et M. Germain Sée, professeur de thérapeutique depuis 1867, fut nommé le 8 novembre 1868, par permutation, à la chaire de la Charité.

Grisolle est mort le 9 février 1869 et Béhier obtint de passer à la chaire de l'Hôtel-Dieu. Secondé par son chef de clinique, M. H. Liouville, Béhier établit à son hôpital le premier laboratoire d'anatomie pathologique accessible à tous les élèves.

M. Lasègue, nommé le 9 février 1867 à la chaire de pathologie générale, passa par permutation à la chaire de clinique de la Pitié, où il fut nommé au mois de décembre 1869.

A la mort de Béhier, 7 mai 1876, M. Sée quitta la Charité pour l'Hôtel-Dieu.

Mais au mois de janvier 1876, Bouillaud avait demandé sa mise à la retraite. M. Hardy, nommé le 9 février 1867 professeur de pathologie interne, demanda la chaire de Bouillaud qu'il obtint.

Ce fut alors le moment de mettre à exécution le décret du 1er janvier 1867, qui avait réparti les cliniques entre l'Hôtel-Dieu, la Charité, la Pitié et Necker. M. Sée était à l'Hôtel-Dieu, M. Hardy à la Charité, M. Lasègue à la Pitié.

Il fut décidé que le nouveau professeur aurait son enseignement clinique à l'hôpital Necker. M. Potain, récemment nommé profes-

seur de pathologie interne, fut appelé par décret du 7 septembre 1876 à la chaire de clinique interne à Necker. De sorte qu'actuellement les quatre chaires de clinique médicale de la Faculté de Paris sont ainsi réparties et occupées :

Hôtel-Dieu : M. Germain Sée.

La Charité : M. Hardy.

La Pitié : M. Lasègue.

Necker : M. Potain.

Depuis l'organisation des Ecoles de santé, en 1794, jusqu'à nos jours, vingt professeurs ont occupé des chaires de clinique médicale de la Faculté de Paris, avec des succès variés. Ce sont : Corvisart, Leroux des Tillets, Récamier, Laennec, Landré-Beauvais, Cayol, Fouquier, Chomel, Bouillaud, Rostan, Piorry, Trousseau, Grisolle, Guillot, Béhier, Monneret, Lasègue, Germain Sée, Hardy et Potain. Deux fois seulement, en 1831 et en 1833, la chaire fut mise au concours.

Nous nous abstiendrons de réflexions sur les morts qui presque tous ont été jugés dans les séances solennelles de la Faculté ou de l'Académie. Quant aux professeurs actuels, il suffit d'assister à leurs leçons pour se convaincre que la Faculté de Paris compte encore de beaux jours.

A. Corlieu.

NOUVELLES

Administration générale de l'Assistance publique. — *Amphithéâtre d'anatomie, année* 1882-83. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 16 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le Dr Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ;

2° *Physiologie.* — M. le Dr Quénu, prosecteur, les mercredis et samedis.

3° *Anatomie descriptive.* — M. le Dr Le Bec, prosecteur, les mardis et jeudis ;

4° *Histologie.* — M. A. Siredey, chef de laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

La chirurgie en l'an 2000. — M. Pierre Véron se livre dans le *Monde illustré* à une fantaisie amusante sur les progrès de la chirurgie :

« Je me figure assister à une consultation aux abords de l'an 2000.

— Docteur, je viens vous consulter pour un malaise.

— Quel genre de malaise ?

— Docteur, j'ai une douleur aiguë qui me prend là du côté droit.

— Ah ! Est-ce ici ?

— Ici et plus haut. Plus bas aussi.

— Cela manque de précision. Toussez-vous ?

— Quelquefois.

— Digérez-vous bien ?

— Pas toujours.

— C'est peut-être le foie. A moins que ce ne soit le poumon... A moins que ce ne soit... Du reste, il est bien inutile de perdre notre temps à chercher ; nous allons bien voir. Couchez-vous là-dessus, que je vous ouvre.

— Que vous m'ouvriez !

— Naturellement. Comment voulez-vous que je me renseigne sans cela ? En auscultant ou en percutant, comme ces pauvres ânes du dernier siècle ? Allons, étendez-vous ! Nous allons commencer par le foie.

— Mais, docteur...

— Vous ne sentirez rien, et vous suivrez toutes les phases de l'opération, grâce à notre nouveau procédé d'insensibilisation locale. Tenez, regardez. Une, deux... le voilà votre foie. Vous voyez bien, il n'a rien du tout. Nous allons le recaser.

— Mais comment tiendra-t-il ?

— Il nous suffit de rejoindre les deux côtés de l'incision avec cette nouvelle composition qu'on appelle le *ciment humain*. Je passe au poumon. Vous n'avez pas envie de prendre quelque chose auparavant ? Ne vous gênez pas, cela n'entrave rien à l'opération. Le voilà, votre poumon. Il n'est pas vilain ! Attendez une minute, que j'aille chercher une loupe. Allons, voyons, prenez-le dans votre main. Seulement, ne le laissez pas tomber. Je suis à vous.

— Mais, docteur...

— Pas d'enfantillage, n'est-ce pas ? Ma loupe est dans cette armoire, tenez, je l'ai. Rendez-moi votre poumon. C'est qu'il n'est pas vilain du tout ! Il n'a même rien absolument. Nous allons le replacer. Tiens ! une idée... Si ça venait des reins ! Insensibilisons ces petits reins tout de suite. Là... Et quand on pense qu'autrefois chirurgie et médecine faisaient deux... Ah ? quels crétins que nos prédécesseurs.

Et la consultation continuera sur ce ton folâtre. Et le malade, dépecé désarticulé, finira par rentrer recollé de fond en comble en son domicile, où il dira à son épouse :

— Ah ! ma chère, si tu avais vu quels jolis poumons j'ai ! C'est rose, c'est charmant... »

Nous aimons à croire toutefois que M. P. Véron a d'autres ressources pour alimenter sa réputation d'homme d'esprit.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

Vingt-Neuvième année — Tome II. N° 41 Samedi 7 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
Delahaye et E. Lecrosnier
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE






Bijou avec porte-jambes à 2 articulations.



29e Année. — Tome II. — N° 41. Samedi 7 Octobre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Les parasites nuisibles de l'Egypte dans leurs rapports avec les boissons (1),

Par le Dr T. Spencer Cobbold,

Professeur de botanique et d'helminthologie au Collège royal vétérinaire de Londres.

Avant que le correspondant du *Times* à Alexandrie eût appelé sur ce sujet l'attention du public (12 août), j'avais déjà préparé des notes sur les dangers causés par les parasites auxquels nos troupes peuvent être exposées en Egypte.

Certains parasites habitent une région géographique plus ou moins limitée; aussi les soldats qui envahissent un pays ou les étrangers qui y résident pendant plus ou moins longtemps peuvent être incommodés par les parasites particuliers à la région dans laquelle ils se trouvent.

L'Egypte est pour les helminthologistes un champ très fertile. Non seulement ce pays est en quelque sorte le quartier général de l'un des parasites les plus dangereux pour l'homme, mais il fourmille de quelques autres espèces qui ne présentent pas beaucoup moins d'importance pratique; il renferme en outre quelques parasites rares que l'on ne retrouve dans aucune autre partie du globe.

Le plus dangereux de ces parasites est certainement le *bilharzia hæmatobia*, ainsi nommé en l'honneur du Dr Bilharz, du Caire, qui l'a découvert le premier en 1851. Quelques années après, j'ai trouvé le même parasite chez un singe; depuis l'année 1856, des découvertes et des observations nouvelles, en Angleterre et à l'étranger, ont considérablement étendu, mais sans rendre encore suffisamment complètes, nos connaissances sur l'histoire naturelle de ce parasite. A ce propos je dois signaler les travaux du Dr Prospero Sonsino qui, résidant en Egypte, a pu réunir des faits importants. C'est au Dr Sonsino que nous devons la connaissance de ce fait que le bœuf et le mouton peuvent être infestés par le bilharzia; cette espèce, il est vrai, n'est pas la même que celle qui s'attaque au singe et à l'homme. Parmi les travaux récents, je dois signaler ceux de M. Chatin, ainsi que ceux des Drs Guillemard, Mackie et Allen.

Le bilharzia est digénétique, ce qui exige un changement de milieux. Il diffère du parasite du mouton et des autres parasites de la même espèce en ce qu'il est unisexué; le mâle est le plus vigoureux.

(1) Travail lu à l'Association anglaise pour l'avancement des sciences, à Southampton (août 1882).

Ce fait est contraire à ce que l'on observe habituellement. De même les bilharzia diffèrent par les points qu'ils habitent, car au lieu d'occuper les conduits biliaires et l'intestin, comme le font la plupart des parasites, ils séjournent dans les vaisseaux sanguins de la victime. En outre, leur résidence chez l'homme est restreinte aux veines et principalement à celles du système porte.

Ces parasites sont petits; les femelles, plus grêles, ont moins d'un pouce de long, mais leur présence en nombre considérable donne lieu à une maladie très grave qui, dans certains cas, se termine par la mort. Les désordres produits ont reçu différents noms, mais il suffit de parler de l'hématurie endémique des pays chauds. Sans parler de l'aspect clinique des malades et pour m'en tenir à la question d'hygiène publique qui intéresse les Européens, soit qu'ils résident dans le pays, soit qu'ils ne fassent que le visiter, je puis dire que j'ai vu récemment six des officiers de la compagnie télégraphique de l'Est qui ont pris ce parasite dans le voisinage de Suez. Sept en tout, et non pas une douzaine comme le dit le *Times*, ont été malades. J'ai vu en outre un autre cas provenant de Natal. Chez tous ces malades, la cause spéciale de l'invasion du parasite fut l'imprudence avec laquelle ils ont bu de l'eau sans prendre la précaution de la filtrer.

Chez les Egyptiens, l'infection se produisit pendant une reconnaissance sur les bords du canal de Suez. Le canal Mahmoudieh, ou canal d'eau douce, près d'Alexandrie, est également, et comme les autres canaux, une source de dangers au point de vue de ces parasites.

Tous les résultats que nous avons pu obtenir en recherchant pratiquement la cause de l'endémie sont en harmonie parfaite avec ce que nous avaient appris les recherches scientifiques. Aussi loin que nos investigations puissent être poussées, — mes propres efforts dans cette direction ont été fréquents et continus —, il est clair que l'histoire naturelle du bilharzia ne diffère pas essentiellement de celle des parasites ordinaires. Ainsi nous retrouvons une origine semblable, la même rapidité de croissance et de développement, en même remps que la métamorphose et le changement de milieu. Comme les autres parasites digénétiques, le bilharzia doit avoir une forme spéciale de cercaires, et en raisonnant par analogie, il n'y a pas de doute que cette cercaire ne présente la forme de dents de scie.

On n'a pas encore pu faire de recherches sur les phases ultérieures du développement de ces larves de bilharzia. Sans doute on ne pourrait les continuer avec succès que dans les pays infestés. Le caractère négatif de mes expériences sur les formes inférieures ou ciliées des larves s'expliquent suffisamment par ce fait que je n'avais pas sous la main d'individus portant des formes intermédiaires; j'ai pu

faire éclore des myriades d'embryons et j'ai démontré ce fait qu'ils possédaient un système de vaisseaux aqueux très développés. Ce sujet a été pleinement mis en lumière dans le *British medical Journal*, juillet 1852. Depuis, M. Chatin et d'autres expérimentateurs ont vérifié mes observations, mais aucun de nous n'a pu aller plus loin.

Au point de vue pratique, il importe peu que le limaçon d'eau ou d'autres organismes aquatiques proviennent des cercaires du bilharzia. L'infection peut aussi bien être due à l'ingestion de la cercaire elle-même qu'à celle des formes intermédiaires. Quel que soit le mode d'infection, la terminaison est la même. L'eau des canaux contient des mollusques et des cercaires, et ces dernières, lorsqu'elles sont avalées, arrivent à maturité chez l'homme ou chez le singe et entraînent les désordres habituels. Dans les circonstances ordinaires, le simple filtrage de l'eau constitue une précaution suffisante. L'assèchement ou la pollution du canal Mahmoudieh n'est pas un malheur sans compensation pour l'armée d'occupation d'Alexandrie. Il en résulte une plus grande garantie contre l'invasion des parasites et cela force à chercher un remède aux inconvénients dus à l'eau fraîche que l'on avait d'habitude.

(*La fin au prochain numéro.*)

Des éclosions de la peste dans le Kurdistan, pendant les douze dernières années (1).

Par M. D. Tholozan.

Les résultats fournis par l'observation des points d'éclosion de la peste, à notre époque, diffèrent complètement des données que la science admettait il y a une vingtaine d'années; aussi est-on autorisé à dire aujourd'hui que c'est sur des bases nouvelles qu'il faut édifier la théorie de l'origine et la propagation de ce fléau. Rien dans les faits actuels ne ressemble à ce que nous ont enseigné nos devanciers. On croyait la peste originaire d'Égypte ou de Constantinople, et, dans les nombreuses épidémies qui ont eu lieu depuis vingt-quatre ans, aucune manifestation de ce genre n'est venue troubler le calme des esprits. On admettait comme un dogme que les différents foyers pestilentiels procédaient tous, par voie de transmission, d'un foyer unique et primitif, et, dans aucune des épidémies auxquelles nous venons de faire allusion, la transmission à grande distance n'a pu être démontrée. Tout s'accorde, au contraire, pour faire penser qu'aucune contamination de ce genre n'a eu lieu.

Est-ce au progrès de l'hygiène publique, en Orient, que sont dues les différences que nuos observons actuellement? Un examen atten-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

tif des conditions dans lesquelles vit, jusqu'à présent, la population pauvre, en Égyte et en Turquie, démontre que ce ne sont pas les causes *banales*, sur lesquelles l'hygiène peut avoir prise, telles que l'encombrement, la misère, la malpropreté, l'humidité, qui manquent là pour donner naissance au fléau. Est-ce à un système quarantenaire mieux entendu que l'on doit la limitation du mal à des foyers tous éloignés de l'Europe occidentale et la plupart très restreints? J'ai démontré, il y a deux ans (1), qu'il n'en était pas ainsi, et les partisans les plus autorisés des quarantaines n'ont pu élever, jusqu'à présent, aucune objection contre mes affirmations. On est donc porté forcément à penser que les idées admises doivent être soumises, dans un avenir très prochain, à une revision complète. En attendant, il est nécessaire de recueillir les faits nouveaux, et surtout de les relater sans parti pris, sans idée préconçue d'une théorie qui sortira d'elle-même d'observations nombreuses plus précises que celles des siècles passés. C'est dans cette vue que je demande à l'Académie la permission de l'entretenir aujourd'hui des éclosions de peste qui se sont montrées, dans le Kurdistan persan, depuis une douzaine d'années.

La peste avait complètement disparu du Kurdistan depuis la grande épidémie de 1831-32, quand elle se montra dans la partie septentrionale de ce pays, au sud du lac d'Ourmiah, dans le territoire habité par la grande tribu de Mukri, entre les rivières Djagatou et Ta[illegible]. Cette première éclosion eut lieu à la fin de l'année 1870; elle se prolongea jusque dans l'été de 1871, s'étendit, du nord au sud, à la ville de Baneh, en causant, en tout, de 800 à 900 décès.

Le réveil des germes, ou leur seconde éclosion, n'eut pas lieu avant la fin de 1877. A cette époque, à la même date, presque jour pour jour, qu'à la fin de 1870, la peste éclata à Agtchéheivan, grand village situé sur la rive gauche du Djagatou, l'un des deux premiers foyers de 1870. Il y eut 32 maisons atteintes sur 100, 200 à 300 cas de peste et 107 décès. La maladie se déclara aussi dans 3 ou 4 villages voisins.

S'il y a un grand intérêt, au point de vue étiologique, à noter le retour de la peste en 1878 et son début dans la même localité qu'en 1871, il n'est pas moins important de remarquer que vers la même époque, du 15 janvier au 1er mars, la peste se montra aussi dans le Kurdistan en dehors du pays de Mukri, à 12 kil. de Hubathou et à 84 kil. au nord de Sehna, dans le village de Karakoul, où elle affecta d'abord la forme pneumonique. Sur 100 maisons, 20 furent attaquées, et il y eut 60 décès. Dans un petit nombre de cas, les ganglions axillaires et inguinaux s'enflammèrent. Trois hameaux furent aussi affectés.

(1) *La peste en Turquie dans les temps modernes.*

De ce que la peste s'est montrée, en 1871 et 1878, dans quelques localités du Kurdistan, j'entends déjà les contagionnistes exclusifs parler de la permanence et de la diffusion de cette maladie en Perse. Or, il n'y a eu jusqu'ici ni diffusion, ni permanence. J'ai pris toutes les mesures voulues pour mettre hors de doute ces deux faits. Le fléau a éclaté aux époques que j'ai indiqués, seulement dans les localités mentionnées, et il en a disparu complètement après une courte évolution épidémique dont le début et la fin ont été bien accusés. Il y a eu des foyers de peste dans les points et dans les temps indiqués; en dehors de là, la constitution médicale est restée indemne, complètement indemne de peste dans tout le reste du Kurdistan et dans les pays environnants.

Il me reste à parler des événements de l'année actuelle. Ils sont encore une vérification complète des idées que j'ai émises sur l'indépendance de la plupart des foyers de peste, observés de nos jours, les uns des autres, sur le peu de tendance de la maladie à se propager en dehors d'un petit nombre de localités et sur la durée limitée de ces épidémies, même dans leur forme pneumo-bubonique la plus grave.

Guerguer est un petit village du Kurdistan, situé à 48 kil. au nord de Sehna, sur la route qui va de l'Azerboïjan à Kermanchah et Bagdad. Le 2 novembre 1881 la peste s'y déclara; elle dura quarante-trois jours et donna lieu à 58 décès sur 286 habitants. La maladie présenta, dans la plupart des cas, la forme pneumonique. Huit personnes seulement guérirent; sur celles-là les bubons caractéristiques se montrèrent du troisième au quatrième jour.

Le second et le troisième foyer de 1882 se formèrent dans le pays de Mukri, mais cette fois en dehors de l'interamnis du Djagatou et Tataou:

1° Le village de Mansour, appelé aussi Hadji-Hassein, est situé dans l'ouest de celle de Mianboâb. La population de cette localité avait souffert beaucoup dans la guerre des Kurdes, en 1880; le village avait été pillé et brûlé; des cadavres d'hommes et d'animaux avaient, à cette époque, empesté l'atmosphère. La population, décimée l'hiver précédent par la guerre, la famine, le typhus, la dysenterie, creusa en automne 1881, pour elle et pour ses troupeaux, des galeries souterraines dans le flanc d'une colline et s'installa dans ces abris étroits et improvisés. Telles sont les conditions dans lesquelles parut la peste vers le 20 novembre 1881.

Les symptômes furent les mêmes que ceux du village de Guerguer. La maladie dura jusqu'au 15 janvier 1882, et sur 300 habitants causa 40 décès.

2° Le second foyer ne fut peut-être qu'une émission de celui dont nous venons de parler; mais aucun fait n'a pu être recueilli en faveur de l'idée de cette propagation.

3° Onzounderré est situé à 12 kil. au sud-est de Soondjboulak; la peste y débuta le 20 février; sur les cinq premiers cas, accompagnés de bubons, il n'y eut que deux décès. Puis le fléau revêtit la forme pneumonique grave, dans laquelle les bubons se montrèrent assez rarement.

Le 15 avril, toute la population avait quitté le village et s'était établie sous la tente, isolée complètement des populations voisines par les soins intelligents du gouverneur. Le 12 mai, la peste avait complètement terminé son cours. Sur 524 habitants, il y eut 250 cas et 155 décès. Cette peste ne se montra qu'après le développement complet d'une épizootie très grave sur les bœufs et les moutons. Les cadavres de ces animaux avaient été abandonnés en plein air à côté des habitations; quelquefois même on égorgea les bêtes les plus grasses, avant leur mort, et l'on se nourrit de leur chair.

L'enseignement épidémiologique le plus important à tirer des faits que je viens de relater est celui que j'ai déjà fait ressortir en 1874 (1), à savoir que le nord et le nord-ouest de la Perse sont les parties de ce royaume dans lesquelles les épidémies de peste sont le moins rares. Les faits du XVIe, du XVIIe et du XVIIIe siècle concordent, sous ce rapport, avec les observations plus détaillées, et par conséquent plus explicatives, de notre époque. Ils montrent que dans le Kurdistan, et en particulier dans le pays de Mukri, l'éclosion spontanée de la peste a lieu après certaines longues périodes d'immunité absolue. Les foyers limités, ainsi formés, se répétent à de courts intervalles dans la même localité ou dans les localités voisines. Ne deviennent-ils jamais susceptibles de prendre une grande extension? Cela paraît avoir lieu une fois en 1830-31; mais dans ces années, comme je l'ai démontré, la peste existait déjà dans la Traucasie et et en Arménie. Le foyer du Mukri ou des environs, si à cette époque il y eut là un foyer primitif, a dû être renforcé par les foyers des pays voisins, turcs et russes, et cela a dû multiplier singulièrement les chances de contagion. Du reste, dans la production des grandes épidémies, n'y a-t-il qu'un facteur à l'œuvre, le hasard de la contagion? N'y a-t-il pas, dans les contrées atteintes, des conditions d'aptitude spéciale qui se produisent lentement et sourdement au sein des populations? Ces questions, et beaucoup d'autres encore d'une importance capitale, restent sans réponse. Je dirai de plus qu'elles ne sont pas même à l'étude, vu l'espèce de défaveur, ou du moins d'indifférence, qui plane toujours sur les recherches qui pourraient conduire à des résultats contraires aux théories régnantes.

(1) *Histoire de la peste bubonique en Perse*, p. 20 et 24.

MEMENTO PRATIQUE

LES POISONS ET LEURS ANTIDOTES.

(*Suite*) (1).

ARGENT (SELS D').

℞ Sel commun	20 gr.
Eau	250 cc.

A prendre la moitié d'abord, puis par cuillerée à bouche toutes les demi-heures, alternant avec :

Emulsion huileuse	ãã 125 cc.
Sirop de gomme	

Dose : deux cuillerées à bouche.

ARSENIC ET ARSÉNIATES.

Lait de magnésie calcinée suivant la formule citée plus haut.

Un demi-verre immédiatement, puis par cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

ATROPINE.

1° Feuilles de Jaborandi	10 gr.
Eau bouillante	Q. s.

Pour faire une infusion de 180 grammes.

La moitié de suite, puis par cuillerée à bouche toutes les demi-heures, avec une cuillerée à bouche de vin.

Ou :

2° Muriate de pilocarpine	0 gr. 0315
Eau distillée	2 —

En injection hypodermique.

BARYTE ET SELS.

Même traitement que pour les sels de plomb.

BELLADONE.

Même traitement que pour l'atropine.

BRÔME.

Lait de magnésie calcinée	180 gr.

Un demi-verre immédiatement, puis par cuillerée à bouche toutes les quinze minutes.

BRUCINE.

Même traitement que pour la strychnine.

CANTHARIDES.

℞ Sulfate de cuivre	0 gr. 75
Eau distillée	45 —

(1) V. *France médicale*, nos 38 et 39.

La moitié immédiatement, le reste cinq minutes après s'il est nécessaire, puis :

Camphre pulvérisé	2 gr. 25
Sirop de gomme	250 centilitres.
Laudanum	10 gouttes.

F. s. a.

Agitez fortement. — Dose : une cuillerée à bouche toutes les cinq ou dix minutes.

CHAMPIGNONS (EMPOISONNEMENT PAR LES).

Même traitement que pour l'hydrate de chloral ou bien :

Sulfate d'atropine	0 gr. 001.
Eau	5 —

Pour injection sous-cutanée.

CHANVRE INDIEN.

Même traitement que pour la morphine.

CHAUX CAUSTIQUE ET SELS DE CHAUX.

℞ Sulfate de magnésie	20 gr.
Eau	90 —
Sirop simple	45 —

A prendre immédiatement en une fois ; puis, toutes les quinze minutes, une cuillerée à café de :

Huile d'amandes douces	20 gr.

Pour faire une émulsion de 90 grammes.

CHLORAL HYDRATÉ.

℞ Sulfate d'atropine	0 gr. 002.
Eau	45 —

En deux fois à une demi-heure d'intervalle, ou :

Teinture de belladone	2 gr.
Eau	45 —

A prendre de la même manière.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 *octobre* 1882. — *Présidence de* M. LABBÉ.

M. Terrier fait hommage du fascicule 1er du tome III de son traité de pathologie externe.

M. Verneuil fait hommage du 3e volume de ses mémoires de chirurgie.

M. Berger, à propos du procès-verbal, rappelle qu'il a obtenu un cas de guérison de tétanos par l'amputation.

Il fait remarquer, pour faire ressortir la valeur de sa communication, que le tétanos est d'autant plus grave qu'il survient à la suite de traumatismes plus considérables, et que le tétanos avec spasmes dits cloniques est réputé le plus grave.

C'est le cas de son malade qui avait subi un traumatisme grave du poignet traité par le pansement ouaté. Au 4e jour, survinrent des spasmes localisés dans le membre malade qui se généralisèrent ensuite, procédant par accès paraissant partir encore du membre blessé. Le pansement fut enlevé : dans un mouvement, le poignet se luxa; l'amputation, en raison de ces faits, fut jugée nécessaire et je fis la désarticulation du coude. A partir de ce moment les convulsions cessèrent. J'administrai aussi du chloral. Le malade conserva pendant huit jours du trismus et un peu d'opisthotonos; mais un an encore après l'amputation, qui guérit par première intention, il existait de la contracture du bras.

A ce sujet, il rappelle un cas qui ne fut qu'amendé par le chloral; le malade succomba au 14e jour par le fait de la congestion pulmonaire et de l'inanition.

De ce qui précède, M. Berger tire cette conclusion que l'amputation est indiquée non pas dans tous les cas, mais quand il existe de grands délabrements.

M. Anger dit qu'il a perdu aujourd'hui à l'hôpital un malade de 16 ans qui avait une plaie du petit doigt par écrasement traitée par le diachylon au 4e jour. Immédiatement à la suite de l'exposition à un violent courant d'air, survint une violente courbature des reins, suivie bientôt d'opisthotonos et même de pleurosthotonos; le trismus, chose remarquable, ne se montra que le 4e jour.

Le chloral et les injections d'ésérine ne donnaient qu'un calme de deux heures environ.

M. Desprès fait la remarque que la plaie du petit doigt et du pouce donnent autant de cas de tétanos que les plaies de toutes les autres régions.

Le froid humide de saisons de transition est celui qui prédispose le plus au tétanos. Ainsi en 1870, à l'armée du Rhin, au mois de septembre, il a vu 7 cas de tétanos sur 250 blessés. Au mois de janvier, à l'armée de la Loire, par un froid très vif, il n'en a eu qu'un cas.

M. Lucas-Championnière, qui a observé dans les mêmes conditions que M. Desprès, n'a pas vu de tétanos en septembre à l'armée du Rhin, et en janvier, à l'armée de la Loire, en a eu 2 cas très nets, peut-être 3.

M. Terrier. Tous les faits cités sont classiques. Assurément il faut maintenir les blessés dans une température constante et chaude, mais ça ne suffit pas. Il vient de soigner un étudiant en médecine atteint de fracture compliquée de la jambe pour lequel il craignait le tétanos;

il recommanda de maintenir une température toujours égale dans la chambre. Quoique le malade ait été soigné par tous les internes de l'hôpital Saint-Antoine, le tétanos s'est montré au 14e jour et a emporté le jeune homme en dix jours.

M. Després lit un rapport sur une observation envoyée par M. Moulinié, d'Excideuil. Il s'agit d'un fibro-lipome de la paume de la main qui s'était insinué sous le ligament carpien; il fut enlevé; le malade guérit rapidement. Cette observation, ajoutée aux cinq ou six autres publiées dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, permet de faire le diagnostic de cette variété rare de tumeur de la main. Quand la tumeur est dans la paume de la main seule, le diagnostic est facile. Quand elle s'insinue sous le ligament carpien, on peut la confondre avec un kyste à grains hordéiformes. Mais le lipome marche plus lentement, ne donne pas lieu à des douleurs spontanées et les mouvements des doigts sont très libres; tous sont plus ou moins crépitants.

M. Théophile Anger demande si le lipome était facilement énucléable. Il pose cette question parce que dernièrement il a eu à enlever un lipome de la nuque qu'il avait pris pour une loupe et qu'il a été obligé de sculpter.

M. Pozzi rappelle que les lipomes de la paume de la main ont un autre siège que celui indiqué par M. Després; il en existe au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Ce sont plutôt des angio-lipomes. Au centre on trouve souvent une petite concrétion calcaire, d'où deux variétés: les lipomes sous-aponévrotiques et les lipomes sous-cutanés.

M. Lucas-Championnière lit un mémoire de M. Queyrel, de Marseille, sur la cure des fistules par la *ligature élastique*.

Cette méthode, d'après l'auteur, est exempte de dangers, même avec des fistules remontant très haut; il n'y a pas de réaction inflammatoire ni de voisinage; il n'y a pas de récidive, à une condition indiquée par Allinghanm, c'est qu'on ait bien vu tous les diverticules; elle met à l'abri des hémorrhagies. La douleur est presque nulle si les malades sont bien immobilisés pendant deux ou trois jours. Cette méthode convient aux diabétiques et aux diathésiques en général.

Le rapporteur s'associe aux conclusions de l'auteur, qu'il a vérifiées sur 12 cas très variés de fistules. Il recommande d'employer un fil très fin, car la douleur est en raison du volume du fil. On peut éviter la douleur et l'inflammation par le repos et par des bains tous les jours; il n'est pas nécessaire de beaucoup serrer le fil.

M. Verneuil combat les conclusions du travail de M. Queyrel de la façon la plus formelle; il n'est d'accord avec lui que sur un point, à savoir qu'on doit abandonner définitivement le bistouri.

Le thermo-cautère est l'agent le plus sûr; il ne met pas à l'abri de

l'hémorrhagie secondaire, mais il en est ainsi de toutes les méthodes.

Il a essayé la ligature élastique : elle donne des douleurs abominables.

Pour les diathésiques, le fer rouge et le thermo-cautère conviennent admirablement.

M. M. Sée s'est souvent servi de la ligature élastique ; il en a vu les avantages, mais il doit reconnaître qu'il a eu des récidives.

Il croit qu'il faut serrer très énergiquement; la douleur est ainsi instantanée et passe très rapidement, et la section est beaucoup plus rapide.

M. Desprès n'est pas partisan du thermo-cautère, car les douleurs après l'opération sont très vives, il brûle ce qu'il ne doit pas toucher; il est partisan du bistouri qui ne lui a donné que des succès. Il n'a perdu qu'un malade d'infection purulente en 1871.

M. Kirmisson présente un jeune homme de 20 ans atteint de conicité physiologique du moignon ; il a été amputé de la jambe droite à l'âge de 4 ans. Ce n'est qu'à 10 ans qu'il a commencé à souffrir et que son moignon est devenu conique ; en ce moment le moignon est très douloureux. Il se propose de réséquer une grande portion d'os ainsi que les nerfs. BAZY.

NOUVELLES

Assistance publique. — Par arrêté préfectoral du 29 septembre, M. Goupy, membre du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique, est désigné pour présider la Commission chargée de l'examen et du classement des demandes de placement gratuit dans les hospices, en remplacement de M. Bayvet, dont les fonctions cessent le 30 septembre.

Les fonctions de M. Goupy auront une durée de six mois, à dater du 1er octobre 1882.

Maladies contagieuses. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante, en date du 25 septembre :

« Monsieur le Recteur, le délai pendant lequel un élève atteint de maladie contagieuse doit être tenu éloigné de ses camarades n'a pas été déterminé jusqu'ici d'une manière précise, et bien souvent des enfants ont pu reprendre leurs études avant que les traces de l'affection et la possibilité de la contagion eussent complètement disparu. D'un autre côté, les précautions les plus nécessaires sont quelquefois négligées, faute d'instructions suffisamment nettes. Il y a là une source de dangers pour la salubrité et l'hygiène des établissements ; il était, par suite, indispensable d'arrêter sur ces différents points des règles assurant aux familles toutes les garanties qu'elles sont en droit d'exiger.

« J'ai cru devoir soumettre cette importante question à l'Académie de

médecine, et cette haute assemblée, dans sa séance du 18 juillet 1882, a adopté à ce sujet les conclusions d'un rapport dont je vous transmets ci-joint un exemplaire (1). Je n'ai pas besoin d'insister auprès de vous, monsieur le Recteur, sur l'utilité des instructions contenues dans ce rapport, et je compte sur votre sollicitude particulière pour en assurer l'exécution dans les établissements de votre ressort. Vous voudrez bien d'ailleurs faire parvenir un exemplaire de la présente circulaire et du rapport y annexé à chacun de MM. les inspecteurs d'académie, proviseurs, principaux et directeurs ou directrices d'écoles normales. »

— Par décret en date du 20 septembre 1882, M. Molard (Jean-Baptiste-Paul-Marie), médecin principal de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

Par décret en date du 25 septembre 1882, M. Goguel (Charles-Louis), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

La coque du Levant. — Par décret en date du 28 septembre, les droguistes et pharmaciens pourront seuls, à l'avenir, avoir en dépôt de la coque du Levant. La vente au détail en est rigoureusement prohibée et exclusivement limitée aux préparations et prescriptions médicales.

Cours libres. — *Voies urinaires.* — M. le Dr Henri Picard commencera un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, le lundi 16 octobre, à 8 heures du soir, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, *rue Hautefeuille.*

Mise en vente du tome XXXIII du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par B. Anger, Ballet, Balzer, Barraller, P. Bert, Bouilly, Brissaud, J. Chatin, Cuffer, Danlos, Denucé, A. Després, De Villiers, Dieulafoy, M. Duval, Fournier, A. Foville, Gallard, Gosselin, A. Guérin, Guès, Hallopeau, Hanot, A. Hardy, Herrgott, Heurtaux, Homolle, Jaccoud, Kœberlé, Labadie-Lagrave, Lannelongue, Le Dentu, Lucas-Championnière, Luton, Marduel, Mauriac, Ory, Panas, Riche, Ph. Ricord, J. Rochard, Germain Sée, Siredey, Stoltz, L. Straus, S. Tarnier, Villejean, Vinay, Aug. Voisin. Directeur de la rédaction : le Dr Jaccoud. — Tome XXXIII, 1882, 1 vol. in-8 de 800 pages avec figures dans le texte, 10 fr.

Principaux articles du tome XXXIII : *Sécrétion*, par Mathias Duval; *Sensibilité*, par G. Ballet ; *Septicémie*, par A. Guérin ; *Simulées* (maladies) et *Strangulation*, par Maurice Laugier; *Sommeil*, par Math. Duval et Rey; *Soufre*, par A. Huton et Prunier; *Sous-clavière* (artère), par Poinsot; *Spéculum*, par Gallard; *Sperme*, par Duval et Vibert; *Stérilité*, par Siredey et Danlos; *Stomatites*, par A. Chauffard ; *Strabisme*, par Javal et Abadie; *Strychnées*, *Strychnine*, par Chapuis et Ory.

(1) Voir la *France médicale* du 20 juillet 1882.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

7770.6

…-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 42 MARDI 10 OCTOBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

…resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
…s ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
…s Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 42. Mardi 10 Octobre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Les parasites nuisibles de l'Egypte dans leurs rapports avec les boissons (*Suite et fin*) (1).

Par le Dr T. SPENCER COBBOLB,

Professeur de botanique et d'helminthologie au Collège royal vétérinaire de Londres.

Malheureusement, le Bilharzia n'est pas le seul parasite nuisible qui puisse pénétrer dans l'organisme au moyen de l'eau impure que l'on boit en Egypte. Le parasite qui le suit par ordre d'importance est l'ankylostome duodénal. Il appartient à la famille des strongles et, comme la plupart de ses congénères, il subit ses transformations dans l'eau ou dans l'air humide. Selon toute probabilité ses transformations nécessitent également un changement de milieu. S'il en est ainsi nous devons nous attendre à voir quelque sorte d'insecte aquatique ou quelques petits entomozoaires constituer la forme intermédiaire. Ces crustacés abondent dans tous les canaux d'eau douce. Transféré dans le corps de l'homme, l'ankylostome jeune ou Dochmii arrive à maturité et devient un véritable suceur de sang. Lorsqu'il est en petit nombre, il est difficile de suspecter sa présence, mais lorsqu'il en existe plusieurs centaines dans l'intestin, ils produisent ce que Griesinger a appelé l'anémie pernicieuse progressive. Ce parasite peut produire des ravages dans d'autres contrées que l'Egypte, c'est ce que l'on a vu récemment dans l'endémie qui a emporté plusieurs des ouvriers occupés au tunnel du mont Saint-Gothard. Au début de l'explosion de cette endémie, on a beaucoup discuté sur le rôle de ce parasite. Sous le nom populaire de trichinose du tunnel, cette affection fut malheureusement mêlée à d'autres désordres endémiques. De même cette habitude commune à l'ankylostome et au Bilharzia, de tirer du sang, produisant des symptômes semblables, ces deux affections ont été parfois confondues. Cette question ne saurait être discutée à cette place, mais je puis faire observer que nos connaissances sur la distribution géographique de ce perfide entozoaire se sont beaucoup augmentées grâce aux récentes recherches du professeur Mac Connell qui a vu que ce parasite existait en grande quantité dans l'Inde. Partout où on le rencontre, il produit les mêmes méfaits, partout aussi il entre dans l'organisme avec l'eau potable.

Un autre parasite remarquable est la *filaria sanguinis hominis*, mais je ne puis parler longuement ici de son importance. Si je fais allusion à cette filaire, c'est pour citer l'opinion du Dr Sonsino sur le rôle

(1) Voir *France médicale*, n° 41.

collectif de ces trois formes spéciales de vers nuisibles et endémiques en Egypte. Ces trois espèces, le bilharzia, l'ankylostome et la filaire, concourent, dit-il, à causer une large mortalité chez les indigènes et l'on n'a pas attaché assez d'importance à leurs méfaits.

Lorsque récemment je fus invité par le directeur de la compagnie télégraphique de l'Est à rédiger un mémorandum sur ce sujet, je fus amené à formuler les règles suivantes à l'usage de ses employés :

1. Choisir pour boire, toutes les fois qu'on le peut, des eaux si-uées à une certaine profondeur, ou bien des eaux prises à la source ou près de la source.

2. Repousser l'usage de toute eau stagnante, surtout celle des citernes et des étangs peu profonds.

3. Si la seule eau qu'on ait pu se procurer vient d'une source douteuse, il faut la filtrer ou la faire bouillir; il suffit d'un morceau de mousseline ou de tout autre filtre grossier. Dans les excursions ou dans les parties de chasse, il faut emporter un filtre de poche.

4. Il faut éviter de manger des salades faites avec des herbes achetées au marché ou récoltées dans des lieux qui ont pu être fréquentés par des indigènes malpropres. La laitue, le cresson et les autres végétaux crus, même lorsqu'ils ont été cultivés dans un endroit convenable, doivent être lavés à grande eau avant qu'on ne s'en serve. L'eau de source, l'eau filtrée, l'eau bouillie et l'eau distillée peuvent seules être regardées comme absolument inoffensives, et encore les sources au voisinage des habitations sont exposées à être contaminées.

Je crois que l'observance de ces règles est une garantie suffisante, mais puisque d'autres auteurs, dont l'opinion doit être prise en considération, ont des vues différentes sur le mode d'infection, il est bon de faire connaître les points sur lesquels il faut recommander des précautions plus complètes.

Quelques auteurs supposent que le Bilharzia jeune pénètre dans l'organisme en perforant la peau de ses victimes; en conséquence ils défendent les bains dans les rivières, les canaux et les amas d'eau douce de toute sorte. Au contraire, ils encouragent beaucoup les bains de mer. Il y a, en effet, des raisons pour s'opposer aux bains d'eau douce, puisqu'il est admis que dans ces conditions des larves ont pu pénétrer dans la peau et se développer. Ces cas toutefois sont rares et constituent simplement des exceptions à la règle commune.

Le mémorandum cité ci-dessus fut imprimé et distribué dans les stations de la compagnie le 29 mars dernier et, par les soins du directeur, ces recommandations sont devenues publiques.

Enfin, en ce qui concerne les dangers qui peuvent être causés par

les parasites venant de l'extérieur, on sait peu de choses. Plusieurs auteurs pensent, et j'ai pensé moi-même jusqu'à ces derniers temps, que le ver de Guinée, ou *Dracunculus*, entrait dans l'organisme par l'extérieur; mais nous devons à un regretté voyageur russe, Fedschenko, de pouvoir montrer que le dracunculus demande un changement de milieux et qu'il doit passer par une forme intermédiaire de crustacés. Ce ver offre peu de danger en Egypte. Aujourd'hui, les soldats envoyés en expédition à l'étranger sont parfaitement vêtus, et, d'autre part, pendant les grandes chaleurs, l'intensité de la soif les force souvent à boire les eaux les plus sales. D'ailleurs un fait suffira.

Pendant l'invasion de l'Egypte par Napoléon, les soldats français étaient si dénués de tout qu'un certain nombre se couchaient à plat ventre pour boire au bord des canaux. Aussi leur bouche et leurs amygdales étaient piquées par les sangsues et l'espèce que l'on peut surtout rendre responsable de ces méfaits est l'*hæmopis sanguisorba* de Savigny. Ces parasites attaquaient non seulement les hommes, mais aussi leurs chevaux, les chameaux, le bétail. On a récemment établi que, dans l'expédition de 1799, les soldats français avaient également souffert d'hématurie. Ce fait ne saurait être mis en doute et de même il est à peu près aussi certain que ces désordres étaient occasionnés par le Bilharzia, que l'on connaît bien aujourd'hui. A cette époque, toutefois, ce parasite était absolument inconnu. Il est à la fois intéressant et instructif de montrer combien les recherches et les découvertes modernes jettent de lumière sur des événements qui sont depuis longtemps entrés dans le domaine de l'histoire et sur des maladies endémiques dont le caractère essentiel avait été complètement méconnu à l'époque où elles se sont manifestées.

Sur l'épithélium sécréteur du rein des Batraciens,

Par M. J. Bouillot (1).

Malgré les nombreux travaux publiés sur l'anatomie générale et l'histologie du rein, la structure de son épithélium, surtout en ce qui concerne les Vertébrés inférieurs, est loin d'être complètement connue.

Ayant repris l'étude du rein des Batraciens (2), j'ai pu, grâce aux procédés les plus récents de la technique histologique, découvrir un

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Ces recherches ont été faites au laboratoire de Zoologie anatomique, dirigé par M. A.-Milne Edwards. Elles ont porté sur les genres Rana, Bufo, Triton et Axolotl.

certain nombre de faits dont j'ai l'honneur de faire connaître aujourd'hui à l'Académie le résumé.

Le tube urinifère du rein des Batraciens comprend, ainsi que l'ont parfaitement établi les auteurs qui se sont occupés de son étude, cinq segments distincts ; mais de tous, le plus important est le second qui, par sa position, correspond au tube contourné du rein des Mammifères.

Heidenhain, dans son travail sur l'anatomie et la physiologie du rein, ne s'étend que peu sur la structure de l'épithélium, et dans un article plus récent, il le décrit encore comme formé de cellules cylindriques ou cubiques sans structure spéciale.

D'après mes propres recherches, cet épithélium est constitué par des cellules polyédriques, sans membrane d'enveloppe ni cuticule, mais présentant le plus souvent sur leur face libre une bordure assez épaisse, frangée, d'un aspect tout particulier.

Ces cellules renferment dans leur intérieur des striations granuleuses, ainsi qu'un réseau de fibrilles très ténues, correspondant sans aucun doute au réseau intracellulaire décrit par Klein dans les épithéliums glandulaires des Mammifères.

Les mailles de ce réseau renferment dans leur intérieur une substance hyaline, et la bordure que l'on remarque sur la face libre des cellules n'est probablement due qu'à une condensation de cette même substance.

Elle s'en détache en différents points sous forme de petites masses sphériques qui cheminent dans l'intérieur du tube et qu'un examen microscopique permet de retrouver dans l'urine ; ce phénomène se répétant un certain nombre de fois, la bordure diminue d'épaisseur et peut même disparaître complètement.

A l'état normal, ces particularités ne s'observent que sur un nombre relativement limité de cellules, sur celles qui se trouvent à la période d'activité ; elles s'exagèrent sous l'influence de certains agents chimiques, du chlorhydrate de pilocarpine par exemple. (Je signale seulement le fait, espérant y revenir avec plus de détails dans une prochaine Communication.)

Quant aux noyaux de ces cellules, ils présentent de très grandes variations de structure et de dimension ; quelques-uns d'entre eux sont manifestement en voie de multiplication, et celle-ci paraît s'opérer et par bourgeonnement, et par division proprement dite, d'après le mode établi par Flemming ; car j'ai pu retrouver plusieurs stades que ce savant a décrits et figurés.

Cette multiplication est encore affirmée par la présence dans certaines cellules de trois ou quatre noyaux, petits, irréguliers, et se colorant par les réactifs beaucoup plus fortement que leurs voisins : ce sont les noyaux provenant des divisions les plus récentes.

MEMENTO PRATIQUE

LES POISONS ET LEURS ANTIDOTES.
(*Suite*) (1).

CHLORE ET CHLORURES D'OXYDES.

℞ Eau d'amandes amères, G. P. (10 p. 100).	10 gr.
Ether	} ãã 30 cc.
Alcool	

En inhalations, puis :

Esprit de nitre doux	20 gr.
Sirop de gomme	} ãã 40 gr.
Eau	

F. s. a.

Une cuillerée à bouche toutes les cinq ou dix minutes.

CHLOROFORME.

Respiration d'ammoniaque, douches et glace sur la tête; puis, une ou deux poudres de Sedlitz, et dans les cas extrêmes, le vomitif au sulfate de cuivre.

CIGUË, CONIUM, CICUTINE.

Nitrate de strychnine	0 gr. 01
Eau	90 —
Laudanum	30 gouttes

Deux cuillerées à café tous les quarts d'heure pour le premier tiers de la potion, puis tous les demi-heures pour le second, et enfin toutes les heures.

CODÉINE.

Même indication que pour la morphine.

COLCHICINE.

Même indication que pour l'aconit.

CRÉOSOTE.

Emulsion huileuse	250 cc.

A prendre un quart d'heure tout de suite, puis par demi-cuillerée à café toutes les dix minutes.

CUIVRE (SELS DE).

℞ Fer porphyrisé	12 gr.
Soufre lavé	8 —
Sirop simple	60 cc.

Mêlez bien ; une cuillerée à café toutes les cinq minutes, alternant avec :

(1) V. *France médicale*, n°s 38, 39 et 41.

℞ Lait de magn. calc.................. 180 gr.
Blanc d'œuf........................ N° 4.
Eau.............................. 90 cc.

Une demi-cuillerée à café toutes les cinq minutes.

CURARE.

℞ Nitrate de strychnine................ 8 gr., 0315
Eau.............................. 5 —

En injection hypodermique.

DIGITALE ET DIGITALINE.

Même traitement que pour la morphine.

ELLÉBORE.

Même traitement que pour l'aconit.

ERGOT ET ERGOTINE.

Le vomitif indiqué, puis :

Ether.............................. 2 cc.
Eau............................... 125 —
Laudanum.......................... 10 gouttes.
Sirop de gomme.................... 20 cc.

Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

ÉTAIN (SELS D').

℞ Ipéca p............................ 2 gr.
Eau.............................. 90 cc.
Sirop simple...................... 20 —

Pour un vomitif. A prendre en deux fois en quinze minutes d'intervalle, puis :

Lait de magnésie calcinée.............. 180 gr.

A prendre un tiers tout de suite, puis par cuillerée à bouche toutes les cinq minutes. Lait à volonté, autant que possible.

ÉTHER.

℞ Ammoniaque........................ 15 gouttes.
Eau.............................. 20 gr.

A prendre en une fois. Puis : respiration d'ammoniaque, douches froides, air frais.

HYDROGÈNE SULFURÉ, AIR IMPUR, GAZ DES FOSSES D'AISANCES, DES PUISARDS, DES ÉGOUTS.

Gouttes anodines d'Hoffman............ 30 cc.

10 gouttes tous les cinq minutes dans une cuillerée à café d'eau, puis :

Esprit de nitre doux.................. 45 cc.

Versez sur un linge et faites respirer au patient. Peut être remplacé par des inhalations de chlorure de chaux. Renouveler l'air aussi souvent que possible, éponger la face avec du vinaigre.

IODE.

℞ Amidon .... 8 gr.
Eau..................Q.s. pour faire 150 cc.

Faites bouillir et ajoutez :

Lait de magnésie calcinée............... 150 gr.

Une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

JUSQUIAME.

Même traitement que pour la morphine.

LOBÉLIE.

Vider l'estomac avec la pompe stomacale, administrer des stimulants faire une injection sous-cutanée de 2 milligr. de nitrate de strychnine.

LACTUCARIUM.

Même traitement que pour la morphine.

MERCURE ET PRÉPARATIONS MERCURIELLES.

Vomitif, eau albumineuse, eaux minérales hydrosulfurées, électuaire de soufre :

Soufre lavé.......................... } āā P. E.
Miel blanc........................... }

Lait.

(*A suivre.*)

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GENÈVE.

Nous donnerons un rapide résumé des principales communications faites à ce congrès, tenu du 4 au 9 septembre dernier.

SÉANCES GÉNÉRALES.

Séance d'ouverture.

Après le discours du président et de plusieurs délégués, M. le Dr FAUVEL, inspecteur général des services sanitaires de France, au nom d'une Commission nommée par le 3me Congrès international d'hygiène, formule un programme de concours pour un prix de 2,500 francs, institué par le Conseil provincial de Turin à l'effet de récompenser un Ouvrage utile à l'hygiène des populations des campagnes.

Séance du mardi 5 *septembre.*

M. PASTEUR prononce un discours au sujet de l'atténuation des virus. MM. Koch, Sormani et Layet prennent part à la discussion.

Séance du mercredi 6 septembre.

Le professeur A. Corradi, de Pavie, parle de **la contagion de la phthisie pulmonaire au point de vue de l'histoire et de l'hygiène publique.**

La croyance à la contagion de la phthisie ou consomption pulmonaire remonte à la plus haute antiquité. Elle s'est maintenue à travers les siècles, non seulement comme une opinion vulgaire, mais aussi comme une doctrine scientifique.

Dans la seconde moitié du siècle dernier, cette croyance arrive à son apogée ; probablement parce que la maladie se montra avec une fréquence qu'elle n'avait pas encore atteinte dans le passé. L'État, en plusieurs lieux, fut obligé d'intervenir et de prendre des mesures dans l'intérêt de la santé publique, et dans le but d'empêcher la diffusion du *contage phthisique*.

Au contraire, dans la première moitié de notre siècle, la doctrine de la contagiosité perdit du terrain, les recherches anatomo-pathologiques ayant pris le devant sur les questions étiologiques.

Ce n'est que dans ces dernières années que la pathologie expérimentale a repris la question et a tâché de donner à la doctrine de la contagion l'appui des résultats de l'inoculation des *produits tuberculeux*. On est allé plus loin encore, et on a cru pouvoir démontrer que le principe virulent de la maladie est représenté par un microphyte, par un *bacillus*.

L'observation clinique doit trancher la question que vient de poser si nettement l'expérimentation : c'est à la pathologie de résoudre bien d'autres questions que soulève la doctrine de la nature parasitaire de la tuberculose, et de mettre d'accord cette doctrine avec le fait de la prédisposition et de l'hérédité.

Mais si la contagion ou la transmission est possible, elle ne se fera que dans des conditions qui restent encore à déterminer.

En attendant, l'hygiène doit se régler vis-à-vis de la phthisie comme elle ferait pour une maladie suspecte, c'est à-dire capable de se communiquer ou de se transmettre sous certaines conditions.

On doit surtout avoir égard aux rapports qu'établit la cohabitation; en les rendant moins intimes et prolongés, on atténuera les foyers d'infection, quand même on ne les pourrait détruire; et en même temps on éloignera ces exhalaisons, qui en dehors de toute action spécifique, en affaiblissant l'organisme, le prédisposent à la phthisie.

Quoiqu'il ne soit pas sûrement démontré que les aliments peuvent communiquer la tuberculose, néanmoins il sera prudent de s'abstenir des viandes et du lait des animaux phthisiques.

Il faudra, dorénavant, avoir le plus grand soin de la qualité de la lymphe vaccinale ou humanisée qu'on inocule dans la prophylaxie de la petite vérole.

L'institution d'hôpitaux exclusifs, ou au moins de pavillons sépa-és pour les phthisiques, est vivement recommandée.

Les résultats des nouvelles études qu'on invoque et des recher-hes dirigées dans le but de déterminer dans quelles conditions et par uelles voies la tuberculose se transmet, nous indiqueront les me-ures prophylactiques plus particulières qu'il faudra adopter.

Quelle que soit l'opinion qu'on professe au sujet de la nature dè la hthisie pulmonaire, personne ne doutera des avantages qu'apportera ans la lutte la résistance organique : c'est pour cela qu'une des plus randes entraves à la diffusion de ce fléau de la civilisation doit jail-ir de la pratique de l'hygiène qui assure le bien-être physique et noral des populations.

On entend ensuite quelques réflexions sur les colonies d'éco-liers en vacances, par le Dr G. Varrentrapp.

Les « colonies d'écoliers en vacances » sont reconnues depuis quel-que temps comme un puissant agent pour fortifier les enfants déli-cats et malades.

Par « colonie en vacances » on entend l'envoi d'écoliers maladifs à la campagne pendant toute la durée de leurs congés, c'est-à-dire pendant trois à quatre semaines.

On les envoie par groupes de dix ou quinze, sous la direction d'un maître ou d'une maîtresse, dans une contrée salubre, si possible à la montagne, ou au bord de la mer ; il faut aussi que leur demeure soit saine, spacieuse et bien aérée, leur nourriture abondante et forti-fiante.

Les enfants prennent beaucoup d'exercice en plein air.

Le contraste de la vie que ces enfants mènent dans leurs demeu-res sombres et humides avec une existence saine et principalement en plein air fait dès l'abord augurer favorablement du résultat. Mais ce séjour n'est pas long, il est de deux à quatre semaines (400 à 750 heures) et l'on se demande si le bien obtenu sera durable.

L'expérience faite sur une douzaine de colonies allemandes a dé-montré que les enfants avaient gagné non seulement une apparence plus saine, mais que leur poids avait augmenté (de 1 à 3 livres), ils avaient aussi grandi de 1 à 2 centimètres ; cette augmentation est plus forte que celle que l'on a observée chez des enfants du même âge pendant le même espace de temps. Il est difficile de dire s'il y a eu un développement dans la poitrine de ces enfants ; on a cherché à s'en assurer, mais sans arriver à aucun résultat positif. Les « colo-nies de vacances » ont eu, d'après le témoignage des professeurs, une bonne influence sur la tenue des enfants.

Il faut se souvenir que l'on n'envoie dans ces « colonies de va-cances » que des enfants maladifs, pauvre et non vicieux, mais il ne s'agit pas d'enfants vraiment malades, ou d'enfants qui soient en-

core sous l'influence de graves maladies. Pour ces derniers il faut un traitement particulier, ils ne peuvent être en compagnie des autres.

Les enfants vraiment malades ont besoin de la surveillance d'un médecin, il leur faut des remèdes appropriés à leur état, des bains, etc., etc. Dans les « colonies de vacances » il ne peut être question d'une surveillance aussi spéciale, les enfants ne doivent pas avoir peur d'un changement un peu brusque dans la température, il leur faut de la gymnastique, des bains et beaucoup d'exercice, conditions dans lesquelles des enfants malades ne peuvent aller à la campagne sous la direction d'*un seul* maître. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

ETUDE CLINIQUE SUR L'ABSINTHISME CHRONIQUE, par M. Léon *Gautier*, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8, 60 p. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

M. Gautier a fait dans le service de M. Lancereaux sa thèse qu'il résume ainsi : L'abus habituel de l'absinthe détermine une série de désordres dont les uns sont semblables à ceux de l'alcoolisme ordinaire, tandis que les autres en diffèrent soit comme degré, soit comme nature.

Paris et l'Algérie sont les deux centres où se contracte presque exclusivement l'habitude de l'absinthe, au moins pour ce qui est des malades de l'hôpital.

Tous les symptômes de l'absinthisme relèvent directement ou indirectement du système nerveux.

Le caractère des absinthiques est remarquable par son impressionnabilité, par la succession ou le mélange de l'irritabilité et de la tristesse.

Les rêves de ces malades sont analogues à ceux des alcooliques, plus effrayants peut être encore; les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont beaucoup plus fréquentes dans l'absinthisme.

Le délire absinthique ne diffère pas du délire alcoolique ; comme lui il ne survient qu'à l'occasion d'une cause déterminante (affection intercurrente, émotion vive, abus excessif produisant un épisode aigu).

Les symptômes les plus caractéristiques de l'absinthisme sont des phénomènes douloureux, soit spontanés, soit provoqués. L'hyperalgésie occupe particulièrement les extrémités, la région *ovarienne*, le rachis.

Plus souvent que l'alcoolisme, l'absinthisme détermine un affaiblissement des membres pouvant aller jusqu'à une véritable paralysie.

Les troubles sensitifs et moteurs des extrémités sont remarquables par leur symétrie et leur marche ascendante vers la racine des membres.

Les convulsions généralisées sont un symptôme de l'absinthisme aigu; on ne les observe dans l'absinthisme chronique que sous l'influence d'un épisode aigu ou à la suite du développement d'une lésion cérébrale.

Les troubles digestifs sont analogues à ceux de l'alcoolisme, mais moins prononcés.

Les désirs et la puissance génitale sont chez l'homme très rapidement et profondément compromis par l'habitude de l'absinthe. Chez la femme elle paraît rendre la ménopause plus précoce et prédisposer à l'avortement et à la mort des enfants en bas âge.

Les absinthiques meurent presque fatalement de tuberculose pulmonaire ; il est absolument exceptionnel de les voir arriver à 60 ans.

Les lésions cadavériques de l'absinthisme ne peuvent actuellement être distinguées de celles de l'alcoolisme; elles sont caractérisées également par un état de vieillesse anticipée de tous les organes.

Dans aucune autopsie il n'existait de cirrhose hépatique ni d'athérome artériel.

NÉCROLOGIE

SOYE (Jos.-Nelson), né à Eauze (Gers) en 1824, vient de mourir dans une chute de voiture.

Reçu docteur en médecine le 19 août 1851 (*Des ulcérations du col de l'utérus*), il était allé s'établir à Aubenton, chef-lieu de canton du département de l'Aisne. Il s'y était fait une assez belle situation et s'était acquis les sympathies de ses concitoyens par son activité et son caractère bienveillant. Les événements de 1870 éveillèrent en lui des instincts politiques et il fut conseiller général du département de l'Aisne, et, le 8 février 1871, membre de l'Assemblée nationale, puis réélu deux fois député de l'Aisne, pour la première circonscription de Vervins. Il siégeait à gauche, ne parlait guère et ne faisait guère parler de lui.

Il avait abandonné la médecine pour la législation, mais il est mort en médecin de campagne. Un courrier était venu à Aubenton réclamer les soins du Dr Bocquet, successeur de M. Soye, pour un individu qui venait de se fracturer la jambe. En l'absence de M. Bocquet, Soye fit atteler à sa voiture un cheval qu'il ne connaissait pas et partit avec le domestique de son confrère. Mais le cheval, en arrivant à la localité du blessé, eut peur et versa la voiture. On accourut au secours et on trouva le domestique renversé mourant sur le sol. En relevant la voiture, on trouva le Dr Soye sans vie. Le crâne avait été fracassé et la mort avait été instantanée.

A. C.

— M. le Dr PÉGOT, professeur de pathologie externe à l'Ecole de méde-

cine de Toulouse, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon, est mort subitement dans cette ville, vendredi soir.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, le Dr Pégot, avait publié un travail important sur les propriétés thérapeutiques des eaux de Bagnères-de-Luchon.

— On annonce également la mort de M. le Dr BOUCACHARD, de Carvilly (Seine-et-Marne).

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — Ce concours doit s'ouvrir aujourd'hui 9 octobre. Le jury se compose de MM. Hervieux, Potain, Raymond, Gaillard-Lacombe, M. Sée, Félizet et Reclus.

BUREAU DE BIENFAISANCE. — M. le Dr Willette vient d'être nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement de Paris.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS reprendra ses séances le jeudi 12 octobre à 8 heures, à la mairie de l'Elysée, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 29 *septembre au* 5 octobre 1882. — Fièvre typhoïde, 134; — Variole, 5. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 71.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 45.

Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 30. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 53; au sein et mixte, 33; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 86; l'appareil circulatoire, 58; l'appareil respiratoire, 60; l'appareil digestif, 60; l'appareil génito-urinaire, 29; la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 7. — Nombres absolus de la semaine, 1018.

Résultats de la semaine précédente : 941.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. COCCOZ, 11, *rue de l'Ancienne-Comédie.*

De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, par M. Henri BASTARD. In-8, 1882. 2 fr.

La circoncision est-elle utile? par M. de CASTELAIN. In-8, 1882. 4 fr.

De la contagion de la rougeole, par M. Ant. BÉCLÈRE. In-8, 1882. 3 fr.

Etude sur l'épilepsie partielle, par M. Léon GREFFIER. In-8, 1882. 2 fr.

Etude sur les pneumonies infectieuses, par M. Henri DEMMLER. In-8, 1882. 3 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31


VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK

7770.6

r-Neuvième année — Tome II. N° 43 Jeudi 12 Octobre 1882

LA
RANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

r REAUX
s'abonne chez
lYE et E. LECROSNIER
Place
:ole-de-Médecine
PARIS

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

ser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
uvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — No 43 Jeudi 12 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 11 octobre 1882.

M. Weber, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, a pu, avec l'aide de M. Thomas, pharmacien au même hôpital, tirer de l'étoupe de chanvre un produit très blanc, très propre, très soyeux, qui paraît pouvoir remplacer avantageusement l'ouate dans les pansements. Ses avantages sont d'abord de coûter bien meilleur marché. En outre, au dire de M. Weber, il serait plus facile d'emmagasiner dans l'étoupe les substances antiseptiques que la plupart des chirurgiens emploient aujourd'hui. MM. Weber et Thomas ont également porté leurs recherches sur la jute et sur la ramie ou ortie de Chine et les résultats qu'ils en ont obtenus sont très encourageants.

M. Bouley tient constamment l'Académie au courant des faits nouveaux qui tendent à confirmer les théories de M. Pasteur; c'est ainsi qu'il a résumé hier les expériences faites par MM. Thiernesse et Degivre sur la prophylaxie de la pleuro-pneumonie contagieuse par l'inoculation d'un virus atténué. Ces deux expérimentateurs ont fait leurs injections directement dans les veines et ainsi ils évitent les accidents que produirait le même virus s'il était injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Proust, envoyé par l'Académie au congrès d'hygiène de Genève, avait fait à ce congrès une communication sur l'état actuel du choléra et les dangers qu'il y avait à craindre. La communication d'hier avait pour but de montrer les modifications qui se sont produites depuis cette époque. Il n'y a pas eu de cas de choléra en Europe, il n'y en a pas eu en Égypte; de ce côté les craintes qui ont été formulées paraissent devoir rester vaines; mais le pélerinage de la Mecque va commencer dans quelques jours et il est possible que ce soit le point de départ d'une explosion contre laquelle on ne saurait trop prendre de mesures préventives.

La discussion sur l'allaitement artificiel a continué par un discours de M. de Villiers, mais l'honorable académicien n'a pas achevé la lecture de son travail qu'il terminera dans la prochaine séance; plusieurs orateurs sont inscrits pour prendre la parole sur le même sujet.

A. Ch.

Le bacillus de la tuberculose.

Les découvertes faites récemment sur ce point par le professeur Koch (de Berlin) ont acquis une assez grande importance pour mériter d'entrer dans l'histoire de la médecine; aussi nous croyons

utile de reproduire le résumé suivant d'un article publié dans *The Lancet* du 29 avril dernier.

C'est sur l'homme et sur les animaux que les recherches ont été faites. Pour l'homme, on a pris onze cas de tuberculose miliaire et douze cas de pneumonie caséeuse. Dans les cas de tuberculose miliaire, on trouvait invariablement l'organisme dans les poumons; mais dans les vieilles granulations, dans lesquelles le centre ne pouvait prendre la teinte ordinaire, on ne trouvait pas de bacilli, sauf de petits groupes sur le bord du tubercule; au contraire, on les trouvait en grande quantité dans les tubercules jeunes, lorsque la caséification n'avait pas commencé. On les a également trouvés dans les tubercules miliaires de la rate, et ils étaient très abondants dans les granulations grises de la pie-mère, dans un cas de méningite tuberculeuse. Dans un grand nombre de ganglions bronchiques caséeux, il y avait une très grande quantité de bacilli et quelques-uns d'entre eux contenaient des spores. Des tubercules englobés dans le tissu glandulaire présentaient souvent à leur centre une cellule géante et sur le pourtour des cellules épithéliales; les bacilli étaient placés au milieu de la cellule géante. Douze cas de broncho-pneumonie caséeuse ont été examinés et dans la plupart on a trouvé des bacilli, surtout dans les cavités. Les petits fragments caséeux que l'on a rencontrés dans ces cavités consistaient presque uniquement en bacilli. Dans les grandes cavernes, ils étaient mélangés avec une autre bactérie, dont ils se distinguaient facilement toutefois, car les organismes non tuberculeux acquièrent une couleur brune au moyen d'un procédé de coloration décrit par Koch.

Il est facile de montrer les bacilli dans les tubercules qui entourent les ulcères intestinaux; ils sont surtout abondants dans les noyaux jeunes et petits. On les a également trouvés dans une cellule géante, dans un cas de tubercule isolé du cerveau, dans deux ganglions scrofuleux récemment enlevés et dans deux cas d'arthrite fongueuse.

Les matières prises chez les animaux provenaient de dix cas de tuberculose bovine « porlsucht » présentant de vieux noyaux calcifiés dans les poumons, quelquefois dans le péritoine et une fois dans le péricarde. On a trouvé des bacilli dans tous les cas et principalement dans les cellules géantes qui se trouvaient dans le tissu entourant le noyau calcifié. La distribution de ces organismes était le plus souvent d'une uniformité remarquable, de telle sorte que sur toutes les cellules géantes on en aurait à peine trouvé une qui ne contînt pas un certain nombre de bacilli, à peu près vingt en moyenne.

On a également trouvé un certain nombre de ces bacilli dans les organes d'une poule morte de tuberculose; il y en avait dans les

noyaux tuberculeux de la moelle des os et même dans les plus gros noyaux de l'intestin, du foie et du poumon. Chez trois singes morts de tuberculose spontanée, on trouva un grand nombre de ces organismes dans les innombrables noyaux qui remplissaient les poumons, le foie, la rate, le mésentère et les ganglions lymphatiques caséeux.

En outre de ces cas de tuberculose spontanée, on a examiné un nombre considérable d'animaux qui avaient été infectés par des inoculations faites avec diverses substances tuberculeuses : tubercules gris et caséeux provenant de poumons humains, crachats de phthisiques, matière tuberculeuse provenant de singes phthisiques, cochons d'Inde et lapins, matière caséuse et tuberculeuse provenant d'un chat auquel on avait insufflé des tubercules d'un bœuf ; on s'était également servi des produits provenant d'une inoculation précédente. Le nombre des animaux ainsi inoculés et examinés a été de 172 cochons d'Inde, 32 lapins et 5 chats. La recherche des bacilli a été le plus souvent limitée aux portions atteintes du poumon. Dans aucun cas, on n'a pu constater l'absence des bacilli; dans la plupart des cas, ils étaient très nombreux et contenaient des spores, dans quelques préparations au contraire, il n'y en avait qu'un petit nombre, mais leur aspect était caractéristique.

(*La fin au prochain numéro.*)

MEMENTO PRATIQUE

LES POISONS ET LEURS ANTIDOTES.

(*Suite et fin*) (1).

MONNAIES DE CUIVRE (PIÈCES AVALÉES).

Extrait fluide de sené..................	30 cc.
Eau..............................	30 —
Sulfate de soude......................	10 gr.

A prendre en une seule fois. La dose est pour un adulte ; les enfants suivant l'âge.

MORPHINE.

L'émétique indiqué, puis:

Café noir fort..........................	180 cc.
Acide tannique......................	4 gr.
Sirop simple..........................	45 cc.

Une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

(1) V. *France médicale*, nos 38, 39, 41 et 42

MORSURES DE CHIENS ET DE CHATS.

℞ Potasse caustique	0 gr. 75
Eau	500 —

En lotions et en compresses jusqu'à l'arrivée du médecin.

MORSURES D'INSECTES.

Applications d'ammoniaque.

MORSURES DE SERPENTS.

1° Lotion à la potasse caustique indiquée.

2° Ammoniaque	30 gouttes.
Eau	150 gr.
Sirop simple	30 —

Une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

MOULES, VIANDES GATÉES, DORADES, CONGRES.

Même traitement que pour l'ergot.

NICOTINE ET TABAC.

℞ Vinaigre	45 gr.
Eau	30 —
Sirop simple	45 cc.

La moitié tout de suite, puis, par cuillerée à bouche, toutes les cinq minutes. Pour les cas graves, même traitement que pour l'empoisonnement par la morphine. Ou bien :

℞ Acide tannique	4 gr.
Eau	180 —
Sirop simple	45 —

Une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

OPIUM.

Même traitement que pour la morphine.

PÉTROLE ET HUILES ESSENTIELLES.

℞ Emulsion huileuse	1 litre.

A prendre en aussi grande quantité que possible.

PHOSPHORE.

Le vomitif indiqué, puis :

℞ Essence de téréb. *Vieille*	30 cc.
Jaune d'œuf	N° 2.
Eau de menthe	210 cc.
Sirop simple	45 —

Faites une émulsion, agitez fortement et donnez le premier quart par cuillerée à bouche toutes les demi-heures, puis toutes les heures.

Dans les cas douteux on administrera :

Lait de magnésie....................	20 cc.
Eau chlorée	125 —

PHOSPHORE (BRULURES PAR LE).

Laver la plaie avec :

Nitrate d'argent....	1 gr. 75
Eau..................................	

F. s. a.

PLOMB (SELS DE).

℞ Extrait fluide de séné..............	30 cc.
Sel d'Epsom.......................	30 gr.
Eau tiède.........................	950 cc.

A prendre en deux fois à dix minutes d'intervalle.

SABINE.

Même traitement que pour la morphine.

SANTONINE.

Le vomitif indiqué.

STRAMONIUM.

Même traitement que pour la morphine, puis :

Sulfate de morphine..................	0 gr. 08
Eau................................	10 cc.

Pour injections sous-cutanées.

STRYCHNINE.

℞ Tannin..........................	2 gr. 25
Eau............................	125 cc.
Sirop de gomme....................	60 —

Une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes, puis :

Hydrate de chloral..................	4 gr.
Eau	90 cc.

Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

VÉRATRINE.

Même traitement que pour la morphine.

ZINC (SELS DE).

Acide tannique.......................	4 gr.
Eau................................	125 cc.
Sirop de gomme......................	60 —

Une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 10 *octobre* 1882. — *Présidence de M.* HARDY.

M. le Président annonce à l'Académie que Mme veuve Woillez, satisfaisant à un vœu de son mari, a offert à l'Académie le portrait de Louis.

M. Rochard présente à l'Académie deux rapports envoyés par deux médecins de marine, MM. Delrieu et Moursou, sur les vaccinations pratiquées en Cochinchine du 1er février 1881 au 1er février 1882.

REMÈDES SECRETS. — *M. Jungfleisch* lit sur plusieurs demandes en approbation de remèdes secrets un rapport dont les conclusions toutes négatives sont adoptées.

DE L'ÉTOUPE DE CHANVRE APPLIQUÉE AUX PANSEMENTS. — *M. Weber*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, présente une étoupe purifiée et cardée destinée à remplacer les objets de pansement ordinaires. Cette étoupe est découpée en feuilles que l'on façonne à volonté. Elle facilite les pansements et les rend plus rapides et plus propres ; elle est bien meilleur marché que l'ouate. L'étoupe à pansement supporte mieux que l'ouate les diverses substances antiseptiques.

On peut appliquer les procédés de préparation de l'étoupe à d'autres substances comme la jute et la ramie ou ortie de Chine, qui donne également d'excellents résultats (comm. : MM. Gosselin, Rochard et Labbé).

INOCULATIONS PRÉVENTIVES DE LA PLEURO-PNEUMONIE CONTAGIEUSE PAR INJECTION INTRA-VEINEUSE. — *M. Bouley* donne le résumé d'expériences faites sur ce sujet par MM. Thiernesse et Degivre. Le procédé qu'ils emploient est analogue à celui de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, c'est-à-dire une incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané pour injecter directement le virus sans contaminer la plaie d'entrée. L'injection de ce virus dans le torrent circulatoire est inoffensive et permet ainsi de vacciner les animaux ; la même injection faite dans le tissu cellulaire cause la mort des animaux.

LA MARCHE DU CHOLÉRA. — *M. Proust* représentait l'Académie au congrès d'hygiène de Genève; il a fait à ce congrès une communication sur la situation à cette époque au point de vue du choléra.

On a fait courrir sur la présence du choléra en Europe des bruits heureusement erronés. Le choléra peut venir soit par la voie de mer, soit par la voie de terre ; la première seule peut actuellement faire craindre quelques dangers. Les bruits de l'existence du choléra en Egypte sont heureusement contredits ; il y a donc aujourd'hui de très grandes probabilités pour que le danger de l'importation du choléra en

Egypte par le fait des troupes indo-anglaises soit écarté. Le véritable danger réside dans la mer Rouge, à cause du pèlerinage de la Mecque qui doit commencer le 23 de ce mois. Quatorze décès se sont déclarés dans un navire venant de Bombay et soumis à la quarantaine à Camaran. Il est donc à craindre que, comme l'année dernière, le choléra ne sévisse après le pèlerinage de la Mecque. Il est donc urgent de prendre les mesures qui ont été reconnues efficaces. L'Europe a intérêt à maintenir le système défensif installé dans la mer Rouge. Les caravanes ne sont pas dangereuses, à cause des déserts qu'elles ont à traverser.

Mais à qui s'adresser pour appliquer ces mesures préservatrices? Le gouvernement français s'occupe actuellement d'agir dans ce but auprès du conseil sanitaire d'Alexandrie.

De l'allaitement artificiel. — M. de Villiers félicite d'abord MM. Parrot et Tarnier des recherches qu'ils viennent de faire sur les meilleurs moyens d'appliquer l'allaitement artificiel; mais ces recherches ne montrent pas la possibilité d'étendre l'allaitement artificiel en dehors des limites dans lesquelles ils l'ont eux-même placé. Ce système n'est pas applicable dans les hôpitaux ordinaires.

M. Tarnier proclame avec juste raison qu'aucun autre mode d'allaitement ne vaut l'allaitement maternel.

Toutes les espèces de biberon offrent de nombreux inconvénients, il est préférable de chercher à nourrir l'enfant au verre ou à la cuiller. Comme animal, il faudrait choisir celui dont le lait se rapproche le plus de celui de la femme, mais on est souvent obligé de prendre celui qu'il est le plus commode de se procurer.

M. de Villiers continuera son discours dans la prochaine séance.

Eaux minérales. — *M. Constantin Paul* lit, sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des sources d'eaux minérales, un rapport dont les conclusions positives sont acceptées.

Sur l'emploi nouveau, en thérapeutique électrique, de la terre glaise. — M. le Dr *Apostoli* a fait une lecture qui peut se résumer ainsi :

Je conseille l'introduction, dans la pratique de l'électrothérapie, de l'usage d'un nouvel électrode, *la terre glaise*, destiné à remplacer dans bien des cas les électrodes rigides presque uniquement employés jusqu'à ce jour. Cliniquement, elle offre en effet des avantages incontestables dont voici l'exposé sommaire :

1° Elle facilite et complète certaines applications de galvano-caustique chimique, c'est-à-dire de cautérisation positive ou négative appliquée au traitement des ulcères et des plaies de mauvaise nature.

Mieux que tout autre électrode, elle *limite* et *termine* sûrement toute action électrolytique, cautérisant tout ce qu'il faut cautériser, sans dépasser les limites tracées d'avance.

2° Elle assure une plus grande constance au courant.

Un peu plus résistante que les tampons ordinaires, elle se dessèche moins vite et conserve beaucoup plus longtemps un même degré de conductibilité ; elle humecte bien l'épiderme et s'applique uniformément sur lui.

3° Elle facilite les applications de longue durée.

Elle est assez visqueuse, en effet, pour adhérer spontanément à la peau ; elle supprime ainsi le concours d'un aide.

4° Elle permet de varier à volonté l'étendue, la forme des électrodes, leur surface d'application, et est destinée à vulgariser la pratique de la galvanisation ; car c'est un électrode mou, facile à trouver partout, qui ne s'use pas, prend la forme qu'on désire, se modèle sur la peau et baigne une étendue de surface facultative.

5° Elle permet de limiter, de localiser l'action *totale* du courant en réduisant au minimum l'influence fâcheuse de sa diffusion ou de sa dérivation.

On peut, en effet, fermer le circuit sur lui-même grâce à deux pôles concentriques, augmenter ainsi sans danger l'intensité du courant et rendre l'opération plus complète et plus rapide. Les applications de galvano-caustique chimique à la tête et la cure des anévrysmes de l'aorte devront y puiser une large contribution.

6° Elle diminue la douleur des applications de galvano-caustique chimique

En rendant la peau plus conductrice grâce à une humectation plus complète, elle diminue la résistance à son passage et, par suite, les effets calorifiques du courant dont la douleur est la conséquence directe.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GENÈVE.

Séance du 8 septembre (1).

Influences hygiéniques, physiologiques et thérapeutiques des altitudes, par le Dr H.-Cl. Lombart, de Genève.

L'insuffisance de l'oxygène qui résulte de la dilatation de l'atmosphère des hautes régions peut amener l'asphyxie, si elle n'est pas combattue par des inhalations d'oxygène.

Le *mal de montagne* a pour cause essentielle la diminution de l'oxygène atmosphérique, alors que les contractions musculaires en réclament une quantité supplémentaire. C'est l'insuffisance de l'oxygène qui cause les douleurs musculaires et oblige à un repos immédiat.

(1) Voir *France médicale*, n° 42.

La respiration et la circulation deviennent plus rapides à mesure qu'on s'élève au-dessus du niveau des mers. En même temps, l'exhalation de l'acide carbonique augmente jusqu'à une certaine limite que l'on peut fixer approximativement entre 1,500 et 2,000 mètres, tandis qu'au delà elle diminue en raison directe de l'altitude.

Au-dessus de 2,000 mètres, malgré que la circulation et la respiration soient accélérées, l'insuffisance de l'oxygène contenu dans une atmosphère dilatée développe une anémie constitutionnelle que le Dr Jourdanet a qualifiée du nom d'*anoxyhémie.*

Dans les altitudes, la digestion, l'exercice musculaire et l'abaissement de la température augmentent et accélèrent l'exhalation de l'acide carbonique.

Le séjour des altitudes rend les inspirations non seulement plus fréquentes, mais aussi plus profondes, d'où résulte une augmentation de la capacité et de la circonférence thoracique.

Un séjour temporaire ou permanent des altitudes moyennes, situées au-dessous de 2,000 mètres, exerce une action stimulante sur toutes les fonctions.

Les hautes et moyennes altitudes ont une influence prophylactique et thérapeutique sur la phthisie pulmonaire.

Dans les séances des sections on a entendu, sur **l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde** le Dr Jules Arnould. La prophylaxie de la fièvre typhoïde doit s'adresser :

1° AVANT LES ÉPIDÉMIES :

a. Aux milieux de conservation de l'agent typhogène. — Protéger les lieux habités contre la pénétration à prévoir de cet agent : par la propreté générale des rues, la suppression des récipients de matières fécales dans les maisons, le drainage du sol, l'évacuation immédiate des matières excrémentitielles. — Approvisionner les centres urbains ou ruraux d'eau de source, amenée de loin, par des conduites qui l'abritent sur tout son parcours contre toute souillure. — Construire les habitations, et particulièrement les habitations collectives de façon à les préserver de la stagnation des poussières atmosphériques ; leur assurer le renouvellement de l'air par grands déplacements.

b. Aux facteurs de la réceptivité. — Nous ne pouvons rien sur les deux premiers ; contre le troisième, on ne doit pas essayer l'acclimatement au miasme typhoïde. Contre les autres, nous avons les ressources de l'hygiène générale. Celles-ci doivent être plus spécialement appliqués aux groupes militaires et aux groupes industriels. Elles n'ont de chances de l'être avec efficacité qu'entre les mains d'une *Direction médicale* de la santé publique, reproduite dans l'ordre militaire par la Direction médicale de la santé de l'armée. Ne pas oublier que le germe et la réceptivité typhoïdes sont aujourd'hui

un peu partout; il y a un vaste effort à tenter en hygiène publique.

2° PENDANT LES ÉPIDÉMIES :

c. A l'agent typhogène. — Le traiter comme un parasite réel partout où on le soupçonne. Désinfection générale et spéciale.

d. A l'homme. — L'isolement des malades n'est pas rigoureusement indiqué, mais serait plus sûr que la libre pratique. — Eloigner des malades les personnes les plus sûrement douées de réceptivité. — Evacuer les foyers. — Ménager et soutenir ceux qui en proviennent.

Le Dr A.-L. ROULET fait une communication sur **l'alcoolisme.**

Le Dr PROUST parle sur **le rôle du pélérinage de la Mecque sur la propagation du choléra en Europe, et en particulier de l'épidémie cholérique de 1881.**

Au sujet de **la fièvre jaune devant l'hygiène internationale**, le Dr LAYET dit:

La fièvre jaune, sans menacer immédiatement l'Europe, tend, comme tout fléau épidémique international, à accroître son domaine avec la multiplicité toujours plus grande des voies de communication internationales.

De même que le choléra a envahi l'Europe par l'Orient en procédant par étapes et par la création excessive de foyers endémiques asiatiques; de même la fièvre jaune prélude à l'invasion de l'Europe, par l'Occident, par la création excessive de foyers endémiques américains et par une extension toujours croissante de ses limites d'importation.

Les conditions de climat, de situation géographique et de race qui paraissent être, au début, essentielles aux manifestations de la fièvre jaune, ont cessé d'être des facteurs inéluctables dans son évolution progressive. Ainsi les latitudes élevées, l'intérieur des continents, les races colorées n'ont plus, vis-à-vis de la fièvre jaune, l'immunité que l'expérience des temps a pu leur faire attribuer.

En Amérique, la fièvre jaune suit dans ses progrès les principales voies de communication maritimes et fluviales. Comme le choléra, on l'a vue s'attacher aux mouvements humains, s'avancer avec les transports militaires ou commerciaux.

La fièvre jaune a déjà fait diverses apparitions en Europe. Elle a sévi dans les contrées méridionales de ce continent; à plusieurs reprises, elle est venue s'échouer, pour ainsi dire, dans les lazarets de ports de commerce ou de guerre situés sur toute l'étendue de son littoral atlantique.

Rien ne peut autoriser à affirmer que la fièvre jaune ne saurait envahir l'Europe un jour.

Les mesures de *préservation anticipée* amènent toujours des ré-

ats efficaces, et présentent toujours un caractère moins vexatoire les mesures de *préservation tardive*.

l'est pourquoi un Congrès international d'hygiénistes européens a levoir de s'occuper d'une question aussi importante que celle de ;tension de la fièvre jaune et de *juger si le moment n'est pas venu ır l'Europe de s'entendre avec l'Amérique afin d'étudier et d'éta-r un service sanitaire international visant spécialement les pro-s de ce fléau épidémique*.

Sur **la prophylaxie internationale**, par le Dr da Sylva-Amado, ofesseur d'hygiène à l'Université de Lisbonne.

Sur **la prophylaxie de la pellagre**, par le Dr Félix, professeur ıygiène à l'Université de Bucharest.

Sur **les principes de l'administration sanitaire en Angleterre**, r le Dr Acland, professeur à l'Université d'Oxford.

Sur l'administration de la santé publique dans les divers États. rganisation, personnel, budget, études préparatoires, services éciaux, par M. A.-J. Martin, de Paris.

Sur **le repos hebdomadaire au point de vue hygiénique**, par le r Hægler, de Bâle.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — La composition écrite, aite lundi 9 octobre, avait pour sujet : *Nerf récurrent; anatomie patholoique, signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire.*

Les autres questions placées dans l'urne étaient : *Circulation veineuse hépatique*; *cirrhose hypertrophique* et *cæcum*; *occlusion intestinale.*

Le jury est ainsi définitivement constitué : MM. Hervieux, d'Heilly, Potain, Raymond, Félizet, Polaillon et Reclus.

Concours de l'externat. — Ce concours a commencé hier mardi. Le jury est composé de MM. Barth, Danlos, Gombault, Tapret, Duret, Henriet, Reynier.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 5 octobre 1882, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre, savoir :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Mathis (Claude-Constant-Victor).

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Moussu (Amédée-Charles-Eugène), Hero (François-Auguste); Dieu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Delamare (Georges-Abel), Desmonceaux (Adrien-Louis), Loewel (Michel), Cuq (François-Marie-Paul), Guilhem (Barthélemy-Paul-Marcel), Lepage (Alfred-Romain), Lux (Joseph-Emile), Bachelet (Victor-Lucien), Desprez (Emile-Pierre), Millet (Louis-Joseph), Bourgeois (Paul-Augustin), Laurent (Alexis-Charles-Eugène), Foulquier (Adolphe), Bressy (Jules-Joseph),

Florance (Alexandre-Anatole), Demmler (Anastase-Gustave-Adolphe), Breton (Emile-Jean), Donat (Joseph-Julien), Bédoin (Laurent-Louis-Théodore), Jacquin (Albert), Bidalot (Jean-François), Grach-Laprade (Marie-Joseph-Gustave), Le Cadre (Julien-Marie), Vigenaud (Ernest-Charles-Ange-Norbert), Vincent (Bruno-Marie-Théodore), André (Charles-Agnan-Stéphane).

Au grade de pharmacien principal de 1re *classe :* M. Pélissié (Guillaume-Marie-Roselly).

Au grade de pharmacien principal de 2e *classe* : MM. Debeaux (Jean-Odon), Viltard (André-Prosper-Augustin).

Au grade de pharmacien-major de 1re *classe* : MM. Barillé (Auguste-Eloi), Dubois (Jules-Léon), Maisonnier (Prosper), Lacour (Pierre-Eymard), Raby (Louis-Hippolyte).

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours pour une place de suppléant de la chaire d'histoire naturelle s'ouvrira le 1er mars prochain, à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

HÔPITAUX D'ALGER. — Un concours pour l'emploi de pharmacien en chef de l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira à Alger le 10 novembre prochain. S'inscrire au secrétariat de la Commission administrative dudit hôpital jusqu'au 9 novembre.

ALGER. — La municipalité d'Alger vient de réorganiser le service médical de nuit, qui fonctionnera de 10 heures du soir à 6 heures du matin en été, et de 9 heures du soir à 7 heures du matin en hiver.

LE CHOLÉRA. — Une quarantaine d'observation de cinq jours vient d'être édictée en Algérie contre tous les navires de provenance de l'Inde ou d'Egypte. Le fort de Sidi-Ferruch est désigné comme lazaret.

De plus, un arrêté du Gouvernement général interdit formellement aux Arabes résidant sur les territoires français ou occupés par l'armée française de se rendre au pèlerinage de la Mecque.

NÉCROLOGIE. — On annonce d'Oran la mort de M. DELEZENNE, pharmacien principal de 1re classe, en retraite. M. Delezenne était né à Lille en 1819, et a habité l'Algérie pendant 30 ans. Il laisse la réputation d'un très habile chimiste expert.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et Cie, *libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Medecine. Paris.*

Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin, étiologie et anatomie pathologiques par le Dr Ernest HAUSSMANN, préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 93 pages. 2 fr. 50

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

T-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 44 SAMEDI 14 OCTOBRE 1882

LA

RANCE MÉDICALE

IREAUX
s'abonne chez
AYE et E. LECROSNIER
Place
cole-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

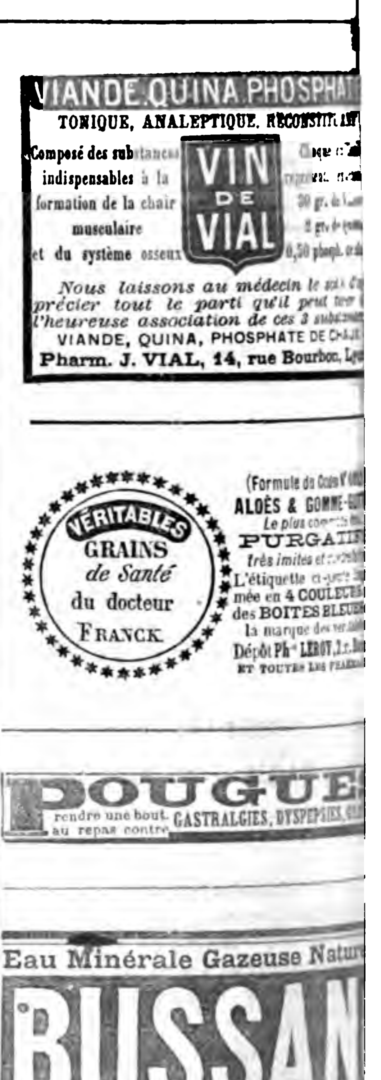
ser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
vrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
nonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Pharmaciens.


BAIN DE PENNÈS
HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT
Remplace Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux, surtout les Bains de mer
ÉVITER CONTREFAÇns EN EXIGEANT TIMBRE DE L'ÉTAT
DÉTAIL : rue des Ecoles 49, Pharmacies, Bains.
GROS : 2, rue Latran, PARIS




VIANDE QUINA PHOSPHA
TONIQUE, ANALEPTIQUE, RECONSTIT
Composé des substances indispensables à la formation de la chair musculaire et du système osseux
VIN DE VIAL
Nous laissons au médecin le soin d'apprécier tout le parti qu'il peut tirer de l'heureuse association de ces 3 substances
VIANDE, QUINA, PHOSPHATE DE CHAUX
Pharm. J. VIAL, 14, rue Bourbon, Lyon
VÉRITABLES
GRAINS de Santé du docteur FRANCK
ALOÈS & GOMME-GUTTE
PURGATIF
L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS
des BOITES BLEUES
ET TOUTES LES PHARMACIES
POUGUES
GASTRALGIES, DYSPEPSIES
Eau Minérale Gazeuse Natur
BUSSAN
Souveraine contre la CHLOROSE,
et les maladies de l'ESTOMAC,
et de la VESSIE. — RECONSTITUA
Indiquée dans toutes les convalescen
On l'emploie à jeun, ou aux repas
avec le vin, ou mélangée à des sirops
Se trouve chez les Marchds d'Eaux Mi
et dans les bonnes Pharmacies.

29e Année. — Tome II. — N° 44. Samedi 14 Octobre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Le bacillus de la tuberculose.

(*Suite et fin*) (1).

Après avoir rappelé les résultats de ses expériences, Koch montre que les sujets chez lesquels il a introduit des bacilli de différentes manières, soit par inoculations dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit par injection dans la cavité péritonéale ou dans la chambre antérieure de l'œil, ou encore directement dans le torrent circulatoire, tous ces sujets sans exception deviennent tuberculeux, mais le nombre des tubercules développés est en raison directe de la quantité des germes que l'on a injectés et que l'on a cultivés artificiellement. Chez quelques animaux on provoque de l'iritis tuberculeuse en injectant dans la chambre antérieure une quantité extrêmement petite. Il n'est pas possible d'admettre que, malgré l'inoculation des germes cultivés, il s'agisse ici en réalité d'une tuberculose spontanée. On ne peut admettre de même qu'il s'agisse purement d'accidents provoqués par l'inoculation de tubercules non cultivés, et cela à cause des considérations suivantes : Aucune autre cause ne peut amener un développement aussi abondant de tubercules en aussi peu de temps. Des animaux non inoculés ont été placés par comparaison dans le même local et dans les mêmes conditions, et dans aucun cas ils ne sont devenus tuberculeux. Des cobayes et des lapins ont été traités de la même manière, mais avec d'autres substances, et dans aucun cas ils n'ont présenté les signes caractéristiques de la tuberculose miliaire ; celle-ci ne se montre que lorsqu'on a injecté des quantités énormes de germes infectieux. Toutes ces considérations réunies justifient cette assertion que les bacilli que l'on trouve dans la matière tuberculeuse ne sont pas seulement une conséquence du processus tuberculeux, mais sa cause, et que ces bacilli constituent le virus tuberculeux.

La nature parasitaire de la tuberculose étant ainsi établie, la question qui doit se présenter en second lieu est celle de l'étiologie : D'où viennent ces organismes et comment pénètrent-ils dans l'économie? Dans le premier point est compris cet important problème, à savoir si les matières infectieuses se développent uniquement dans certaines conditions qui se rencontrent dans l'organisme ou bien si, comme les bacilli de l'anthrax, elles suivent leur processus de développement indépendamment de cet organisme. Une série d'expériences, faites dans le but de savoir à quelle température les bacilli de la tu-

(1) Voir *France médicale*, n° 43.

berculose se développent, ont montré nettement qu'elles se développaient uniquement à une température comprise entre 30° et 41° centigrades. Au-dessous de 30° et au-dessus de 42°, on n'a constaté dans l'espace de trois semaines aucune production nouvelle, tandis que d'un autre côté les bacilli de l'anthrax se développent facilement à une température de 20° et de même entre 42° et 43°. Ce fait semble éclairer la première de ces questions. Dans les climats tempérés une température de 30° ne se maintient jamais pendant quinze jours de suite; alors les organismes semblent être de véritables parasites incapables de se développer en dehors de l'économie.

On peut de même répondre à la seconde question. La plupart des cas de tuberculose commencent par les voies respiratoires et les produits infectieux se développent d'abord dans les poumons et dans les ganglions bronchiques. Il est donc probable que les germes pénètrent dans l'économie par l'air inspiré, peut-être en adhérant aux poussières qui sont transportées de la sorte. Cette conjecture est d'ailleurs basée sur l'énorme quantité d'organismes que l'on trouve dans les cavernes des phthisiques et qu'ils rejettent avec leurs crachats. Koch a examiné les crachats d'un grand nombre de phthisiques; dans la moitié des cas environ il a trouvé des bacilli et le plus souvent ces bacilli étaient très nombreux et contenaient des spores. Les crachats des malades non phthisiques donnaient des résultats purement négatifs. Les animaux que l'on inoculait avec des crachats récents contenant des bacilli devenaient aussi sûrement tuberculeux que si on leur eût inoculé des granulations miliaires. Cependant l'ancienneté des crachats n'enlevait rien à leur virulence. Les cobayes étaient aussi facilement rendus tuberculeux par des crachats secs depuis deux mois que par des crachats récents. On peut donc penser que les crachats sèchent sur le sol, sur les vêtements, etc., qu'ils conservent leur virulence pendant longtemps et que, inhalés dans cet état, ils provoquent la maladie. Il est probable que la conservation de la virulence est due à la présence de spores qui se sont développées dans l'organisme et non à l'extérieur comme dans l'anthrax.

Koch hésite à se lancer dans des hypothèses au sujet de l'hérédité, qui joue certainement un grand rôle dans la production de la tuberculose, car il insiste sur ce point que le développement de cette affection est lente. Cela rend très probable que le bacillus de la tuberculose ne puisse, dans ses développements successifs, infecter tout l'organisme en partant d'une petite plaie, comme cela a lieu pour l'anthrax. Pour rendre un animal tuberculeux en toute sûreté, il faut injecter les matières infectieuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans la cavité péritonéale, dans la chambre antérieur de l'œil, en un mot dans un point où les bacillus puissent trouver des éléments suffisants

pour leur développement. L'infection par la surface d'une plaie ou par la cornée est tout à fait exceptionnelle. Les bacilli sont éliminés avant d'avoir pu pénétrer dans l'économie. C'est pourquoi on ne devient pas tuberculeux en faisant l'autopsie de phthisiques, même lorsqu'on a quelques écorchures aux mains. Il en est de même pour l'infection par le poumon. Il est probable que les bacilli ne peuvent pénétrer dans l'organisme, même lorsqu'ils sont inhalés, que lorsqu'ils peuvent se développer dans des produits de sécrétion permanents ou bien lorsque la chute de l'épithélium facilite leur pénétration. Autrement il serait difficile de comprendre pourquoi la tuberculose est infectieuse à un si faible degré.

Les recherches de Koch et les faits importants qu'il a découverts ne doivent pas faire oublier la distance qui existe entre des faits d'expérience, même très certains, et les applications plus ou moins hypothétiques que l'on voudrait en faire au problème beaucoup plus complexe de la maladie.

La doctrine vers laquelle Koch incline, c'est-à-dire que tout cas de tuberculose provient d'une infection extérieure, est difficile à concilier avec l'influence puissante de l'hérédité et d'autre part avec ce fait que la tuberculose se montre dans des cas où cette pathogénie ne saurait être admise tandis qu'elle est rare chez des individus qui sembleraient placés dans les conditions les plus favorables pour subir cette infection. Ces réflexions et d'autres du même ordre montrent qu'il est nécessaire, avant de tirer des conclusions, de considérer le rôle joué par les germes dans la propagation de ces maladies. Sans doute la réceptivité ou la non réceptivité du sujet pour ces organismes sont des éléments aussi importants que ces organismes eux-mêmes.

Quoi qu'il en soit, ces expériences augmenteront certainement l'étendue de nos connaissances et sans doute les nombreuses questions qu'elles soulèvent engageront de nouveaux expérimentateurs à poursuivre ces importantes recherches.

REVUE DE LA PRESSE

Sur quelques points du diabète. — Les diabétiques se distinguent par divers caractères qui les ont fait diviser soit en diabétiques gras et diabétiques maigres, suivant l'état de leur embonpoint, soit en petits et grands diabétiques, suivant la quantité de sucre que renferme leur urine. Le malade qui excrète moins de vingt grammes de sucre par jour peut être classé dans la première catégorie ; celui qui en rend plus de trente ou quarante appartient à la seconde. M. Lasègue attache une grande importance à cette division, car, selon lui, on peut dire d'une façon générale que le petit diabétique ne devient

jamais grand diabétique ; dans chacune de ces catégories les individus s'immobilisent; aussi peut-on tirer de ce fait cette conclusion qu'un sujet qui présente de grandes irrégularités dans la quantité de sucre qu'il excrète, et semble passer ainsi d'une catégorie dans l'autre, est atteint d'une glycosurie accidentelle plutôt qu'il n'est un diabétique vrai.

Mais parmi ces diabétiques, grands ou petits, il y a un type très particulier, c'est celui du diabétique fixe. Dans ce cas, quel que soit le traitement employé, quel que soit le régime suivi, le sucre excrété ne variera que de quelques grammes ; ce seul fait indique aussi qu'on ne doit pas attacher une trop grande importance aux modifications dans la quantité de sucre rendu, car, chez ces malades, il peut y avoir des troubles considérables de la santé générale, alors que la proportion du sucre dans l'nrine reste à peu près identique. Cette même considération porte à se demander si, au point de vue du pronostic, il y a une grande différence à établir entre le petit diabétique et le grand diabétique, et si celui qui a 60 grammes de sucre dans son urine doit être considéré comme plus gravement atteint que celui qui n'en a que dix à quinze. A cet égard, M. Lasègue établit une comparaison avec ce qui se passe dans la goutte, où l'on voit de petits et grands goutteux, ces derniers souffrant beaucoup et présentant de violents accès, les premiers, au contraire, souffrant bien moins, mais n'en étant pas moins exposés également, peut-être davantage, aux complications les plus graves de la goutte. Or, de même qu'il est difficile de se prononcer sur le plus ou moins de gravité de ces deux formes de la goutte, de même on ne peut guère affirmer qu'il vaut mieux être petit que grand diabétique, le petit diabète paraissant en effet plus irrégulier que le grand, abstraction faite, bien entendu, des cas où les malades rendent deux ou trois cents grammes de sucre par jour, cas exceptionnels et toujours graves.

Le diabète peut encore se montrer sous une autre forme : c'est la forme rémittente et intermittente ; dans le premier cas, la quantité de sucre s'abaisse notablement à certains moments ; dans le second, le sucre disparaît même complètement pendant certaines périodes. Ces rémittences ou ces intermittences se produisent sous des influences mal définies, et ces formes particulières du diabète, d'un diagnostic souvent difficile, sont encore incomplètement étudiées. Ces malades paraissent sujets à des accidents anormaux ; ils deviennent cachectiques assez rapidement ; aussi doit-on considérer le pronostic du diabète intermittent comme étant souvent assez grave.

Le diabétique finit presque toujours par la cachexie ; celle-ci se reconnaît à l'aggravation de quelques symptômes et à la modification progressive de l'état général ; mais il faut savoir qu'elle peut être précédée d'une période d'amélioration souvent inexactement inter-

prétée. Chez certains malades, en effet, on peut voir diminuer la faim, la soif, ainsi que la quantité des urines, en même temps que le sucre en disparaît plus ou moins complètement; dans ces conditions, on est porté à voir une amélioration dans l'état du malade, alors qu'il s'agit au contraire d'une aggravation, car on peut voir survenir alors très rapidement la cachexie.

Cette cachexie est en général bien plus marquée chez les femmes : elle débute ordinairement par l'anorexie; puis la malade rend une moindre quantité d'urine, elle maigrit avec rapidité et elle meurt dans l'étisie, au dernier degré de l'épuisement, bien qu'à ce moment l'urine ne renferme plus de sucre. C'est donc à combattre cette cachexie qu'il faut s'attacher; tant que le diabétique n'a pas présenté les premiers signes de cet état qui se termine fatalement par la mort dans un délai variable, mais assez court, il est comme le cardiaque qui n'a jamais eu d'œdème des membres inférieurs et chez lequel l'affection du cœur, parfaitement tolérée, ne s'est encore manifestée que par des symptômes sans importance. C'est ce moment qu'il importe de retarder le plus possible par une hygiène bien entendue, hygiène des plus difficiles à préciser, parce qu'elle repose sur des éléments complexes. Tandis que certains médecins cherchent à faire boire le diabétique le moins possible, d'autres le laissent absorber au contraire autant de liquides qu'il le désire. Si on considère ce fait que souvent l'un des premiers symptômes du début de la cachexie est la diminution de la soif, on est porté à penser qu'il vaut mieux laisser boire les malades, avec une certaine réserve cependant, et en faisant mettre un peu de vin dans l'eau, mais avec modération, car il ne faut pas oublier que les diabétiques arrivent ainsi très rapidement à s'alcooliser, absorbant l'alcool de cette manière, à petites doses, mais d'une façon continue.

L'alimentation solide est également très discutée et on voit souvent des malades privés par leur médecin de tous féculents, condamnés à n'absorber que de la viande rôtie, du pain de gluten et du vin. On fait ainsi diminuer le sucre dans les urines, mais c'est au détriment du malade, car l'anorexie survient bientôt, et elle est alors l'indice d'une aggravation dans l'état général. Aussi M. Lasègue proscrit-il d'une façon absolue le pain de gluten et, se contentant de modifier un peu le régime des diabétiques, s'efforce-t-il par tous les moyens possibles de combattre l'invasion de la cachexie; c'est seulement en étudiant chaque malade en particulier, et par des tâtonnements successifs, qu'on peut arriver à remplir cette indication.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Seance du 11 *octobre* 1882. — *Présidence de M.* Labbé.

Tétanos. — *M. Nicaise* raconte l'histoire d'un malade atteint de tétanos traité et guéri par le chloral, et chez lequel le médicament a donné lieu à quelques accidents.

Il s'agit d'un malade de 37 ans, qui eut le troisième orteil du pied gauche écrasé. Cela ne l'empêcha pas de continuer à travailler; au dixième jour un médecin régularisa la plaie et enleva l'ongle : quatre jours après apparaît le tétanos ; c'est d'abord la dysphagie, puis le trismus, la raideur de la nuque et du cou et l'opisthotonos.

Il entre le 21 septembre à l'hôpital Laënnec ; la plaie est belle et indolente, le tétanos est très net, quoique peu marqué; il a de vastes secousses pendant lesquelles la contracture augmente, et apparaissent des douleurs partant du point et de la jambe malades.

Je donne 4 grammes en 3 doses le 25 : l'effet est nul. Le lendemain j'en donne 6 : il survient une très vive excitation, puis résolution presque complète ; je diminue le chloral : état stationnaire.

Le 3 octobre. Aggravation à la suite d'une imprudence de l'infirmier ; je donne 7 grammes de chloral ; le lendemain il y avait des phénomènes d'intoxication, le malade est dans le coma : et cependant il n'avait guère pris que 5 grammes de chloral, le malade ayant perdu une partie de son lavement. Le chloral supprimé, le coma disparut ; le malade est aujourd'hui guéri. Ainsi, pendant deux jours, j'ai pu constater des phénomènes d'intoxication par le chloral ; aussi je crois prudent de ne donner que de petites quantités à la fois.

Ligature élastique dans les fistules a l'anus. — *M. Terrier* ne partage pas l'opinion de M. Lucas-Championnière sur la valeur absolue de la ligature élastique dans les cas de fistule anale et ne veut pas insister sur le fait que les causes de la fistule sont très diverses, et sur la variété des dispositions anatomiques, sur la présence de diverticules, de dilatations et de culs-de-sac, et sur l'existence fréquente des fongosités tapissant ces fistules.

Il a vu à l'hôpital Laënnec beaucoup de fistules opérées déjà par les chirurgiens des hôpitaux, et il croit pouvoir indiquer les causes des insuccès.

La ligature élastique est bonne pour des fistules de peu d'étendue, où le pont de substance charnue est peu considérable, et qui résultent d'inflammations franches. La douleur qu'on observe après l'application est très variable suivant les individus.

L'écraseur linéaire est très bon, mais à la condition de l'employer comme le faisait Chassaignac, dont j'ai été l'interne.

Chassaignac commencait d'abord par placer dans la fistule un tube

à drainage pour canaliser la fistule, en un mot pour la modifier, ce qui arrivait au bout de 3, 4, 8, 15 jours ; puis il plaçait l'anse de l'écraseur. Cette méthode peut convenir à certaines fistules, même avec des diverticules.

Quand le trajet fistuleux est long, a des diverticules, j'employais autrefois le thermo-cautère; malgré cela j'ai vu des résultats qui n'étaient pas tous très bons. Aussi, depuis quelque temps, après avoir incisé la fistule, j'explore tout son trajet et je gratte avec la curette de Volkmann; puis, pour faire l'hémostase, je cautérise au thermo-cautère ; je ferme toujours mes plaies soit avec une mèche imbibée d'acide phénique ou enduite de pommade iodoformée.

M. Desprès croit que M. Terrier a trop généralisé la constitution anatomique des fistules. Les fongosités n'existent guère que chez les tuberculeux. D'habitude les diverticules sont peu nombreux ; je ne m'en suis jamais occupé, pas plus que ne le faisaient Boyer et Desault.

Dernièrement j'ai eu à traiter une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur; j'ai d'abord placé une ficelle puis mis la chaîne de l'écraseur : un mois après j'obtenais une guérison qui ne s'est pas encore démentie.

Cette année j'ai eu à soigner une femme enceinte qui avait une fistule multiple, quatre ouvertures cutanées, une rectale consécutive à un vaste abcès stercoral développé dans un abcès de la glande vulvo-vaginale. J'ai, sans me préoccuper de tous les orifices cutanés, réuni l'orifice rectal à l'orifice cutané le plus voisin de l'anus ; les autres se sont bouchés ; l'opération a eu lieu il y a sept semaines, et aujourd'hui la malade fait les fonctions d'infirmière.

Il n'est pas nécessaire d'inciser tous les trajets fistuleux, sauf quand les décollements sont très étendus, comme je l'ai vu faire à mon maître Velpeau chez un argentier du ministère des affaires étrangères, qui avait une fistule avec quatre ouvertures situées au milieu d'une peau violacée. L'opération fut faite avec le bistouri et le malade était guéri après deux mois.

En résumé, avec les petites fistules, rien ne vaut le bistouri; pour les grandes, rien ne vaut l'écraseur.

M. Berger ne peut s'empêcher d'être étonné du bonheur de M. Desprès qui n'a jamais eu d'insuccès; pour lui, il n'a obtenu des succès que depuis qu'il gratte les fistules un tant soit peu anciennes et à trajets multiples, et même dans les cas où le tissu ambiant est devenu scléreux, il a pris l'habitude de faire l'extirpation des callosités.

Enfin, chez certains individus prédisposés à la tuberculose, les soins locaux les plus minutieux ne suffisent pas; il faut aussi s'occuper de l'état général qui souvent, malgré l'état apparent de bonne

santé du sujet, empêche la guérison. J'ai eu ainsi un malade d'apparence vigoureuse que je n'ai pu arriver à guérir de sa fistule qu'en le soumettant pendant un mois à l'huile de foie de morue, suivant les conseils de M. Richet.

M. Trélat est de l'avis de MM. Berger et Terrier. Il croit qu'on doit établir deux catégories de fistules : 1° les unes succédant à des inflammations franchement phlegmoneuses, comme celles de l'espace pelvi-rectal supérieur qui n'ont ni fongosités, ni callosités et n'ont pas besoin d'être grattées ; 2° les fistules, qui sont de beaucoup les plus communes, où il existe dans l'épaisseur des téguments, des diverticules et des trajets nombreux tapissés de fongosités.

Les procédés des section de la fistule dans ces cas importent peu qu'ils soient ou non hémostatiques ; ce qui importe, c'est de modifier les parties profondes, les trajets, et on peut y arriver par les caustiques, le thermo-cautère, le fer rouge, la curette ou les ciseaux.

Moi aussi j'ai opéré comme les vieux maîtres dont parle M. Després ; j'ai été obligé d'y renoncer.

M. Duplay revient au point de départ de la discussion qui est traitement par la ligature élastique ; il est difficille d'établir une méthode uniforme pour la cure des fistules. A ce point de vue on peut les diviser en deux classes : les unes sont mixtes, les autres complexes, et dans celles-ci je range les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur. Dans les fistules simples (qu'elles remontent plus ou moins haut, peu importe) tout peut servir, tout a réussi ; mais dans ces dernières on avait proposé un autre moyen qui paraissait avoir tous les avantages des autres méthodes et qui avait en particulier celui-ci de n'être pas une opération, et cet autre que la plaie se cicatrisait au fur et à mesure que la section s'opérait : je veux parler de la ligature élastique ; j'ai été un des premiers en France à l'employer et j'ai même inspiré la thèse de Simon sur ce sujet. Je considère que dans les cas simples elle a des avantages réels si on se sert de fils fins et si la constriction est modérée ; son action est lente, la cicatrice se fait derrière le fil à mesure que la section se fait, et enfin on n'a pas besoin de pansements.

M. Desprès insiste sur ce fait que les fistules à l'anus guérissent quand on a réuni les orifices interne et externe, et qu'on a empêché les gaz et les matières de passer.

Foubert se servait d'un fil de plomb, dont il a été beaucoup parlé et qui est tombé dans le discrédit où tombera la ligature élastique.

M. Terrier. Les matières et les gaz ont beau passer : les fistules peuvent se guérir quand même. A trois reprises différentes j'ai vu se guérir spontanément des fistules dans lesquelles j'avais passé une anse de tube à drainage. La section s'est opérée toute seule quoi qu'il n'y eût aucune constriction.

M. M. Sée est de l'avis de M. Duplay. De plus la ligature peut être utile chez les tuberculeux avancés qu'on n'oserait pas opérer par le bistouri ou toute autre méthode et qui sont néanmoins tourmentés par leur fistule.

M. Trélat. Le passage des gaz ne peut pas être invoqué comme cause de la persistance de la fistule, alors qu'on voit les fistules stercorales guérir toutes seules.

M. Lucas-Championnière. Le procès du bistouri est fait, et cet instrument est généralement abandonné ; le thermo-cautère dans certaines conditions n'est pas un bon instrument, car il fait des plaies trop étendues.

La ligature élastique convient à beaucoup de cas, comme l'a dit M. Duplay ; elle n'est pas douloureuse si on n'exerce qu'une constriction modérée, elle assure l'hémostase, et enfin la cicatrisation se fait derrière le fil ; elle peut convenir à des grandes fistules, contrairement à ce que pense M. Terrier ; j'en ai opéré et avec un très bon et très rapide succès.

M. Humbert présente une malade qu'il a guérie d'un kyste tendineux à grains riziformes du poignet par l'incision avec la méthode antiseptique. P. Bazy.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GENÈVE.

Séance du 8 *septembre* (1).

Sur les effets de la chaussure vicieuse et les moyens de les prévenir, par le colonel Dr Ziegler, à Berne, médecin en chef de l'armée fédérale.

Conclusions. — Les chaussures ordinaires, soit paires, soit impaires, sont construites contrairement à l'architecture du pied humain.

L'usage de ces chaussures engendre nécessairement et directement le déplacement des orteils ; indirectement, il engendre ou favorise une quantité d'infirmités qui troublent le bien-être de l'homme et dégradent sa valeur physique.

Ces infirmités sont la cause d'un déchet annuel de 5 à 6 p. 100 sur le recrutement.

Pour obvier à ces inconvénients, l'hygiène des pieds doit être observée dès le port de la première chaussure de l'enfant.

La base de toute hygiène rationelle du pied, c'est, outre l'usage de l'eau froide pour laver et fortifier les pieds, une chaussure qui conserve la forme naturelle du pied au lieu de la dégrader. Le bas doit remplir la même condition.

(1) V. *France médicale*, nos 42 et 43.

Pour remplacer dans l'usage général la chaussure vicieuse par la chaussure rationnelle, les moyens suivants serviront le plus utilement.

a. Instruction, tant du public que des cordonniers, sur les effets de la chaussure ordinaire et sur les signes distinctifs d'une chaussure hygiénique ou rationnelle.

b. Enseignement spécial des cordonniers à ce sujet, en commençant par les cordonniers militaires.

c. Introduction de la chaussure rationnelle dans tous les établissements chaussés par l'Etat, les communes ou des fonds publics (armée, orphelinats, pensionnats, hospices, pénitenciers, etc.).

d. Encouragement moral et financier des établissement de cordonnerie qui fournissent au public de bonnes chaussures rationnelles; contrainte des autres, par la concurrence, à suivre la même voie.

Sur l'infection à l'hôpital et spécialement dans les hôpitaux d'enfants, par le Dr Oscar Wyss, professeur d'hygiène à l'Université de Zurich.

Conclusion. — Dans les hôpitaux d'enfants, on doit s'efforcer d'appliquer l'isolement rigoureux et dans la mesure la plus étendue, à tous les malades atteints d'affection contagieuse, afin de ne pas faire à ces établissements une réputation d'être des foyers d'épidémie.

Sur la prophylaxie de la diphthérie, par le Dr H. Henrot, professeur à Reims.

Conclusions. — La mortalité par la diphthérie augmente dans des proportions inquiétantes en France et dans plusieurs contrées de l'Europe.

Il existe un moyen scientifique d'empêcher la contagion des maladies infectieuses, et, particulièrement, de la diphthérie par les voies respiratoires, c'est l'emploi du respirateur à ouate antiseptique; celui-ci arrête, à l'entrée des fosses nasales et de la bouche, les éléments figurés de contagion, en tamisant l'air et en le purifiant, comme le filtre de charbon purifie l'eau. Le médecin a le devoir d'imposer l'usage d'un appareil protecteur aux élèves, aux infirmiers et autres personnes que, par nécessité de profession, il est obligé de mettre en ses lieu et place à un poste dangereux, dans une salle infectée de diphthérie, par exemple.

La diphthérie n'est devenue si meurtrière dans ces dernières années que parce qu'on la soigne mal, et qu'on néglige les badigeonnages antiseptiques du pharynx souvent répétés, à cause de la gravité qu'ils présentent pour l'opérateur.

Avec un appareil protecteur, le respirateur à ouate ou tout autre appareil remplissant le même but:

a. Le traitement local de la diphthérie reprendra la place prépon-

lérante qu'il doit avoir; il permettra la guérison d'un beaucoup plus rand nombre de malades ;

b. Les chefs de service dans les hôpitaux préviendront ces morts rématurées qui viennent si souvent et si cruellement frapper le corps iédical ;

c. Le pansement antiseptique des voies respiratoires apportera en iédecine un progrès aussi considérable que le pansement de Lister n chirurgie.

Sur la prophylaxie internationale de la rage, par le Dr G. van)VERBEEK DE MEYER, professeur d'hygiène et de médecine légale à Université d'Utrecht.

Pour combattre efficacement la propagation de la rage, il faut :

Diminuer autant que possible le nombre des chiens *vagabonds* en rappant les propriétaires de chiens d'un impôt assez élevé et en faiant tuer les chiens non inscrits; cette mesure facilite le contrôle, pargne beaucoup de frais et diminue le nombre de chiens *domestiues* non destinés au travail.

Rendre inoffensifs tous les chiens qui se trouvent sur la voie publiue, dans les voitures ou autres moyens publics de transport et dans s lieux publics de réunion, en imposant le port obligatoire *peranent* d'un bon modèle de muselière.

Isoler immédiatement et complètement tout chien enragé ou susect, qui n'est pas tué sur place, avec défense absolue de le transorter après sa séquestration ; faire constater la maladie par un vérinaire ou un médecin; indiquer au public le lieu de séquestration ır un signe distinctif; fixer la durée de la séquestration absolue du iien suspect à quatre mois au moins; tuer sans délai le chien dont rage est constatée; désinfecter autant que possible les lieux infecs ou suspects; recommander, dans l'intérêt de la personne mordue, ne pas tuer tout de suite le chien suspect, mais de le faire isoler observer, s'il est possible.

Autoriser les agents de police à tuer sur place les chiens en conavention dont ils ne peuvent pas s'emparer sans risquer d'être ordus.

Autoriser chacun à tuer tout chien étranger qui se trouve non muselé r son terrain.

Décréter cet ensemble de mesures d'une manière uniforme dans us les pays civilisés, par convention internationale, tout en perttant :

a. Une dispense temporaire et individuelle du port obligatoire de muselière en faveur des chiens de bergers et de chasse, tant qu'il aura aucun cas de rage dans les environs.

b. Une diminution de l'impôt en faveur de certaines classes de iens de travial.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Routier, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du vendredi 20 octobre 1882, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le Dr Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ce cours, qui ne pourra comprendre plus de douze séries d'élèves, est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plutôt possible à l'Ecole pratique, de une heure à quatre heures, au bureau du chef de matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires relativement au paiement des droits réglementaires, etc.

— Une session d'examen pour l'admission des aspirantes élèves sages-femmes à la Clinique d'accouchements de la Faculté aura lieu le lundi 23 octobre 1882, à neuf heures précises du matin. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au jeudi 19 octobre, tous les jours, de midi à trois heures.

L'affaire de l'hospice de Tours. — Nous avons annoncé récemment l'arrestation du sommelier de l'hospice de Tours, accusé de détournement d'une grande quantité de vin. Les journaux d'Indre-et-Loire rapportent que le directeur de l'établissement a été également arrêté avant-hier à la suite de la vérification des livres de dépense.

Sur l'ordre du juge d'instruction, tous les bureaux furent occupés, dimanche matin, par la force publique et les employés eurent tous l'ordre de se tenir à la disposition de la justice. De plus, on défendit au personnel de quitter l'hospice.

On procéda immédiatement à une minutieuse perquisition et les scellés furent apposés sur les papiers de l'administration et les archives.

Le directeur subissait, pendant ce temps, un premier interrogatoire. Ses réponses parurent si peu satisfaisantes que son arrestation fut aussitôt décidée.

Spécimen de réclame américaine. — Une feuille nouvellement fondée dans l'Ohio publie en première ligne cet avis :

L'administration du journal a passé des traités avec beaucoup de riches héritières, demoiselles et veuves qui ont pris l'engagement de n'accorder leur main qu'à des abonnés d'un an à notre journal.

Donner une femme en prime à ses lecteurs, n'est-ce pas le comble du journalisme?

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

7770.6

Neuvième année — Tome II. N° 45 Mardi 17 Octobre 1882

LA

[F]RANCE MÉDICALE

[BU]REAUX
[On s']abonne chez
[ ]E et E. LECROSNIER
Place
[de l'Éco]le-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

[Tout ce qu]i concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
[Les ouv]rages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Les ann]onces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

[Trava]ux originaux : De la curabilité de la tuberculose aiguë, leçon professée par M. le [Dr O]ctavius Sturges. — Memento pratique. — Comptes rendus analytiques des [soci]étés savantes : *Société médicale des hôpitaux*, séance du 13 octobre 1882 : [...]rie chez l'homme. — Erythème scarlatiniforme. — *Société clinique de Paris*, séance [du] juillet 1882. — Bibliographie : Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies [menta]les, par M. le Dr Bra. — Etude sur l'accouchement prématuré artificiel, par M. le [Dr] Picard. — Variétés : Les argas de Perse et leurs piqûres. — Exercice illégal de la [méde]cine et de la pharmacie Décision judiciaire. — Nouvelles.

29e Année. — Tome II. — No 45. Mardi 17 Octobre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

De la curabilité de la tuberculose aiguë.

Leçon professée au Westminster hospital de Londres,

par le Dr Octavius STURGES.
Médecin de cet hôpital (1).

Messieurs,

L'observation que je me propose de vous communiquer renferme, sous la forme d'un dilemme, un curieux problème de pratique médicale. La tuberculose aiguë nous est représentée comme une maladie uniformément fatale. Nous voyons cependant guérir des malades offrant des symptômes que l'on ne saurait distinguer de ceux de la tuberculose aiguë. Devons-nous croire à propos de ces malades que nous avons fait une erreur de diagnostic, ou bien ce dogme de la marche toujours fatale de la tuberculose aiguë n'est-il pas sans exception? Est-il plus probable que le diagnostic est faux, ou bien que le traitement a guéri? Si le diagnostic était erroné comment éviter à l'avenir de pareilles erreurs? Si c'est bien au traitement qu'est due la différence, comment employer ce traitement? Quelle est la preuve de son efficacité? A quelle période de la maladie doit-il être appliqué? Je n'ai pas besoin de dire que ces questions sont du plus haut intérêt au point de vue pratique. Elles le sont de même au point de vue pathologique, à cause des relations intimes qui unissent la tuberculose aiguë et la fièvre entérique. Elles le sont encore au point de vue thérapeutique, à cause de cette assertion de quelques médecins que les hypophosphites de chaux et de soude guérissent directement la tuberculose aiguë.

Voici maintenant l'observation résumée d'après les notes de M. Butler, externe du service.

Georges C..., âgé de 16 ans, de belle apparence, mais offrant des antécédents tuberculeux (sa mère est morte phthisique, et deux de ses tantes maternelles sont mortes de phthisie aiguë), entre à l'hôpital le 31 mai. Un mois auparavant, ayant beaucoup couru et ayant chaud, il se reposa sur une pile de pont et c'est ainsi, croit-il, qu'il prit froid. Le lendemain il fut pris de frissons et il dut garder le lit pendant une quinzaine, très malade pendant tout ce temps; les principaux symptômes étaient la toux, une expectoration abondante, des épistaxis répétées et des sueurs profuses, surtout la nuit. Au bout de ces quinze jours il se trouva suffisamment bien pour pouvoir se lever.

(1) Trad. de *the Lancet*, 16 septembre.

Il avait beaucoup maigri pendant sa maladie et la toux et les sueurs persistèrent. Dès qu'il put sortir il vint à l'hôpital où il fut admis à la date indiquée. A première vue l'aspect et le maintien du malade indiquaient une dépression extrême; il avait cette rougeur des joues, ces yeux brillants et ces longs cils qui, réunis, donnent à l'observateur l'idée d'une tuberculose aiguë lorsqu'on a écarté les autres diagnostics. La température était le soir même de 40°,1, et pendant les huit jours suivants la plus haute température journalière atteignait ou même dépassait 40°. La langue était chargée, il y avait de la constipation. Le pouls était à 100 environ. Une auscultation très minutieuse des poumons ne fit découvrir que de gros râles sans matité; pas de gargouillements. Tous ces symptômes ne montraient que de la bronchite Les crachats étaient purement bronchiques et incolores.

Tel était l'état du malade au moment de son entrée et cela dura pendant quinze jours; l'affaissement était extrême, la température s'élevait chaque jour de 38°,8 à 40°,3, l'anorexie était complète; il y avait de l'insomnie, des sueurs nocturnes, une toux continuelle avec expectoration muqueuse quelquefois striée de sang; le malade n'allait pas à la garde-robe sauf une fois où il eut des selles copieuses après avoir pris un purgatif; le pouls s'élevait rarement beaucoup au-dessus de 100. Mais ce qui était le plus frappant et ce qui semblait surtout confirmer le diagnostic de tuberculose, c'était l'amaigrissement rapide du malade. Cet amaigrissement, les sueurs profuses et la prostration, étaient les seuls symptômes sur lesquels se basait le diagnostic, car il n'y avait pas de signes physiques plus positifs que ceux qui ont été signalés. Entre le sixième et le douzième jour après son admission, la prostration devint si extrême que c'était à peine si le malade pouvait s'asseoir ou même se mouvoir un peu pour se laisser examiner. Tout en cherchant d'autres diagnostics possibles, l'attention était constamment dirigée vers les poumons et l'on peut affirmer que, bien que la bronchite persistât et que l'on entendît pendant quelque temps de petits gargouillements à la base du poumon gauche, cependant il n'y eut jamais aucun signe d'induration ou de pneumonie. Néanmoins, quinze jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire six semaines après le début de la maladie et un mois après son amélioration temporaire, la température du soir baissa de 40° à 39°,5, et le malade commença à reprendre un peu de forces. Depuis cette époque, jusqu'au dix-neuvième jour, l'amélioration continua et devint assez prononcée pour faire espérer la guérison. Le vingt-deuxième jour, c'est-à-dire soixante-deux jours après le début de sa maladie, cette espérance devint presque une certitude. La température baissa graduellement et retomba presque à la normale; l'amaigrissement et les sueurs cessèrent et surtout on vit cesser cette prostration qui était si prononcée. Malgré cette amélio-

ration marquée, les signes de catarrhe que l'on trouvait dans les poumons subirent peu de changements et le vingt-huitième jour, le malade étant déjà levé et convalescent, on entendait encore des gargouillements aux deux bases. Pendant que cet enfant était si malade, il fut impossible de prendre son poids ; on peut seulement affirmer qu'il a beaucoup maigri sans donner de formule plus précise.

Avant sa maladie, il pesait 99 livres ; vingt-sept jours après son entrée à l'hôpital, au moment où il allait entrer en convalescence, il pesait 84 livres et demie ; une semaine après, il avait gagné juste 4 livres. En ce qui concerne le traitement, tout ce qu'il est nécessaire de dire maintenant, c'est que le 7 juin, au moment où il était le plus mal et huit jours avant qu'il commençât à s'améliorer, on fit prendre au malade soixante centigrammes d'hypophosphite de soude toutes les quatre heures, et cela fut continué jusqu'à la fin de l'état aigu. (*A suivre.*)

MEMENTO PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA GÉNITAL (DEVERGIE).

Alun.....................	10 à 20 grammes.
Eau	500 —

Ou bien :

Sublimé corrosif...........	10 à 15 centigrammes.
Eau distillée..............	500 grammes.

En lotions trois fois par jour.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE (TRASTOUR).

Outre les préparations ferrugineuses, le professeur de Nantes prescrit :

Iode.........................	1 gramme.
Iodure de potassium............	10 —
Eau distillée..................	300 —

Une cuillerée à café (cuiller de fer) aux deux repas, dans un verre d'eau rougie.

Cette préparation réussit même dans la forme ménorrhagique de la maladie.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE (LUTON).

Cyanure de zinc................	1 gramme.
Guimauve pulvérisée (racine)....	5 —
Sirop de gomme.................	Q. S.

Pour 40 pilules

1 à 4 par jour.

ELIXIR DE POLYGALA ANTI-ASTHMATIQUE (DESNOS).

Eau..........................	300	grammes.
Racine de polygala concassée.....	2	—

Faites réduire à moitié par l'ébullition, passez, filtrez et ajoutez

Iodure de potassium.............	6	—
Sirop thébaïque.................	120	—
Rhum..........................	60	—
Essence de citron...............	6	—

Une cuillerée matin et soir avant chaque repas.

PILULES TONIQUES (Dr HUGO ENGEL, *Phil. medical Times*).

Fer réduit par l'hydrogène.......	0,05	centigrammes.
Acide arsénieux................	0,001	milligramme.
Extrait de gentiane.............	0,05	centigrammes.
Extrait de noix vomique........	0,01	—
Extrait de quinquina rouge......	0,10	—
Gomme adragant...............	Q. S.	
Glycérine officinale.............	Q. S.	

Pour faire une pillule.
Prendre 3 pillules par jour.

S. MARTIN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *octobre* 1882. — *Présidence de* M. MILLARD.

A l'occasion du procès-verbal :

LADRERIE CHEZ L'HOMME. — *M. Rathery* communique un cas de *ladrerie*, à rapprocher de l'observation présentée par M. Ordine[r] dans la dernière séance et d'une autre observation qu'il a communiquée lui-même à la Société en 1880. Le malade de M. Rathery portait seize ou dix-sept tumeurs kystiques sur divers points du corps. Il faut remarquer, dans tous les cas connus chez l'homme, le pe[tit] nombre des kystes, comparativement à ce qu'on observe chez le porc. Le siège de ces kystes est presque constamment sus-diaphragmatique ; ce sont des tumeurs indolentes et qui ne provoquent aucune réaction générale, aucun trouble fonctionnel. Le malade act[uel] était atteint d'une affection cardiaque ; M. Rathery se demande si cette affection cardiaque, qu'il n'a pu rattacher à aucune cause connue, ne tenait pas à la présence de cysticerques entre les fibres charnues du cœur.

M. Sevestre présente à la Société la suite de l'observation et les pièces anatomiques du malade dont vient de parler M. Rathery. Ce malade, une fois entré dans le service de M. Sevestre, fut atteint

d'hématurie. Il ne tarda pas à succomber à son affection du cœur. Tous les kystes ladriques étaient situés dans l'épaisseur des muscles ; il n'y en avait aucun dans les viscères, ni dans le cœur, ni dans les reins, contrairement à ce que l'hématurie aurait pu faire supposer. Il y avait un tænia dans l'intestin grêle, la tête de ce tænia portait des crochets (tænia armé).

Cette observation est d'autant plus intéressante qu'on a pu trouver le tænia en même temps que les cysticerques.

M. Desnos, secrétaire général, donne lecture des deux remarquables discours qu'il a prononcés, au nom de la Société, sur la tombe de M. Woillez et sur celle de M. Hillairet.

M. Martineau rappelle qu'une commission d'hygiène, composée de membres de la Société des hôpitaux, a été instituée auprès de la direction de l'assistance publique ; il demande aux membres présents de cette commission s'il est vrai qu'on doive établir à l'hôpital de Lourcine des baraquements destinés au traitement de malades généraux spécialement typhoïdiques. Cette décison lui semble très fâcheuse.

M. Besnier répond que la commission dont parle M. Martineau n'a jamais été convoquée jusqu'ici. Mais en son nom personnel il partage l'opinion de M. Martineau et croit que l'installation de services de typhoïdiques à l'hôpital de Lourcine, qui est destiné à des maladies spéciales, est non seulement une action mauvaise, mais une *mauvaise action*. Dans tous les cas, la commission d'hygiène, si elle existait, n'aurait que voix consultative, et l'administration ne la consulterait certainement pas dans tous les cas.

M. Martineau. Il est bon qu'on sache une fois de plus que l'administration ne consulte jamais le corps médical.

M. Bucquoy. Je reçois dans mon service, en qualité de médecin de l'hôpital Cochin, les malades atteints de fièvre typhoïde provenant du Midi et de L ourcine, et je certifie que nous n'observons jamais de fièvres typhoïdes aussi graves que celles qui naissent dans ces deux hôpitaux.

C'est un argument à l'appui de la réclamation de M. Martineau. L'administration assume une grande responsabilité en établissant des services de fièvre typhoïde dans un hôpital spécial.

MM. Empis, *Labbé*, *Besnier*, *Desnos* et le *Président* sont d'avis que cette discussion doit être continuée en comité secret. L'examen de la question est remis à la prochaine séance.

M. Martineau. Il est en effet préférable de réserver la question et d'attendre, pour prendre une décision, de savoir si décidément l'administration a l'intention de placer des typhoïdiques à l'hôpital de Lourcine.

Érythème scarlatiniforme. — *M. Hallopeau* communique une

observation d'*érythème scarlatiniforme desquamatif généralisé*, survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire.

M. Hallopeau fait remarquer que cette affection est très rare et qu'on en trouve seulement la mention plutôt que la description dans les auteurs.

M. Besnier. Les observations de ce genre sont assez rares; nous ne voyons pas ces malades à Saint-Louis parce qu'ils entrent habituellement dans les hôpitaux généraux. Mais il n'est pas constant de trouver des antécédents rhumatismaux chez les malades atteints d'érythème scarlatiniforme, de sorte qu'il est permis, dans certains cas, de poser la question de coïncidence. Pour le cas de M. Hallopeau, peut-être le rhumatisme n'a-t-il été que la cause *occasionnelle* de l'éruption?

M. Hallopeau. Ce malade avait déjà eu antérieurement, quatre ans auparavant, une attaque de rhumatisme avec érythème de même nature. Dans l'attaque actuelle, l'éruption a été interposée entre les accidents articulaires et une péricardite.

La séance est levée à 5 heures.

Ern. GAUCHER.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 27 juilllet 1882. — *Présidence de* M. HALLOPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Chatellier* lit une observation intitulée : *Enchatonnement incomplet du placenta, délivrance précoce. Guérison.* (V. *France méd.*, n° 32, p. 373.)

M. *Ozenne* fait une communication sur un cas *de contracture intermittente des fléchisseurs de l'avant-bras*. (Sera publié.)

M. *Hallopeau* fait une communication intitulée: *Cautérisation d'un chancre induré à l'aide du sublimé corrosif pratiqué dans le but d'enrayer le développement d'une syphilis. Insuccès.*

M. Dieterlin est nommé sur sa demande membre correspondant de la Société.

La séance est levée à 9 h. 1/2.

BIBLIOGRAPHIE

ETUDE SUR LE POIDS DE L'ENCÉPHALE DANS LES MALADIES MENTALES, par le Dr *M. Bra*, in 8o, 104 p. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

M. Bra expose ainsi les conclusions générales qui résultent des autopsies qu'il a pu faire en grand nombre à l'asile Saint-Anne, dans le service de M. Dagonet.

Les poids de l'encéphale et du cerveau en particulier, dans les périodes initiales de la folie, sont supérieurs aux poids moyens physiologiques ;

Les grandes formes de l'aliénation mentale se rangent dans l'ordre suivant par progression décroissante de poids de l'encéphale :

	Hommes	Femmes
1° Etats mélancoliques........	1389 gr. 75	1244 gr. 55
2° — maniaques...........	1331 gr. 48	1207 gr. 53
3° — de démence..........	1272 gr. 60	1150 gr. 94

D'après la considération des poids du cerveau proprement dit, ces états se placent dans le même ordre :

	Hommes	Femmes
1° Etats mélancoliques........	1212 gr. 40	1082 gr. 50
2° — maniaques...........	1210 gr. 10	1052 gr. 42
3° — de démence..........	1094 gr. 69	993 gr. 07

D'où l'on peut conclure que les poids de l'encéphale et du cerveau sont, dans les formes dépressives de la folie, supérieurs à ce qu'ils sont dans les formes expansives. Meynert, par un autre procédé, était déjà arrivé à ce résultat.

Il ressort aussi de cette progression, qu'ainsi que nous l'avons fait remarquer à plusieurs reprises, les poids de l'encéphale et du cerveau varient comme l'état intellectuel inhérent à ces formes principales. En d'autres termes, les poids répondent parfaitement au degré intellectuel qui se cache sous les différentes espèces de délire. et s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, nous dirons que les formes intelligentes de la folie se distinguent par une plus grande élévation de poids.

Lorsque les maladies mentales arrivent à la démence, la perte de poids qu'éprouve l'encéphale est supportée spécialement par les hémisphères cérébraux ;

Le cervelet, au contraire, tout en éprouvant une très légère diminution dans son poids absolu, augmente proportionnellement au poids général de l'encéphale. C'est surtout dans la paralysie générale que ce mécanisme est le plus apparent ;

Les affections mentales qui accompagnent l'epilepsie échappent seules à cette loi générale ;

Les poids de l'encéphale, du cerveau, dans les démences consécutives aux maladies mentales, restent plus élevés que dans la démence sénile ;

Dans les formes initiales de l'aliénation mentale les différences de poids entre les hémisphères cérébraux ne sont pas plus grandes qu'à l'état physiologique;

Dans l'épilepsie ces différences atteignent de grandes proportions.

Elles s'exagèrent lorsque l'épilepsie s'accompagne de troubles psychiques et surtout lorsqu'elle entraîne la démence après elle;

Abstraction faite de l'épilepsie, nous croyons pouvoir conclure que les différences anormales, considérables, entre les poids des deux hémisphères cérébraux constituent, au point de vue qui nous occupe, l'altération spéciale et caractéristique de la démence en général. Voici quel est chez 586 aliénés de toutes catégories la répartition des différences entre les hémisphères cérébraux. — Chez l'homme, sur 366 cas, 156 fois l'hémisphère droit l'emporte sur l'hémisphère gauche d'une moyenne de 15 gr. 84; 156 fois, l'hémisphère gauche l'emporte sur l'hémisphère opposé d'une moyenne de 15 gr. 73. — Chez la femme, sur 220 cas, 101 fois l'hémisphère droit l'emporte sur l'hémisphère gauche de 11 gr. 75 en moyenne; 90 fois l'hémisphère gauche l'emporte sur l'hémisphère opposé d'une moyenne de 11 gr. 85.

Il existe dans touts les formes d'aliénation mentale des différences entre les lobes du cervelet. Sur 366 cas chez les aliénés du sexe masculin le lobe cérébelleux droit l'a emporté 210 fois sur le lobe gauche d'une moyenne de 6 gr. 39; 108 fois le lobe gauche l'a emporté à son tour de 5 gr. 69 en moyenne, égalité 48 fois. Chez la femme, sur 120 cas, le lobe droit l'a emporté 120 fois sur le lobe opposé d'une moyenne de 5 gr. 45, le lobe gauche l'a emporté 95 fois à son tour de 4 gr. 58 en moyenne, égalité.

Ces différentes, nous nous bornerons à les signaler, n'ayant aucune donnée physiologique à leur opposer.

ETUDE SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, par le Dr E. *Picard*, in-8°, 100 pages. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1882.

Cette thèse inspirée par M. le Dr Guignard, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine d'Angers, se termine par ces considérations.

A. L'accouchement prématuré artificiel est utile, et souvent nécessaire dans certains cas déterminés, en dehors des rétrécissements du bassin :

1° Toutes les fois que la vie de la mère est gravement compromise par des affections dépendant ou non de la grossesse, et que l'on suppose devoir disparaître avec elle;

2° Dans quelques cas de mort habituelle, excès de volume du fœtus, grossesse prolongée, vices de conformation de la mère, etc.

Nous avons cherché à apprécier, chemin faisant, la valeur de chaque indication; mais nous devons avouer qu'il est impossible de donner une ligne de conduite formelle pour la plupart des cas. L'op-

portunité de l'opération dépend d'une foule de circonstances variables, et doit être laissée à l'appréciation de l'accoucheur.

Enfin, une telle opération met suffisamment la responsabilité du médecin en jeu, pour qu'il ne néglige pas de demander, autant que possible, l'appui et le contrôle d'un ou de plusieurs confrères.

B. De la comparaison que nous avons faite entre les différentes méthodes opératoires, il nous semble résulter que l'abandon dans lequel les accoucheurs tendent à laisser tomber le procédé de la ponction des membranes n'est pas suffisamment justifié.

Les observations des auteurs, et celle que nous avons pu rapporter, semblent prouver que la ponction sur un point élevé de l'œuf ne présente pas tous les dangers qu'on lui a imputés.

Ce procédé, « qui est moins douloureux pour la mère que la plupart des autres » (Cazeaux), a l'immense avantage d'être d'une efficacité certaine. Il est presque toujours très facile à pratiquer, même dans certains cas où les autres sont impossibles. Il est d'une grande simplicité, et ne nécessite aucun instrument spécial, puisqu'une simple sonde d'homme métallique suffit.

Nous ne voulons pas dire que ce procédé doive être toujours employé.

En médecine, il n'y a rien d'absolu, et ce ne serait pas raisonnable de vouloir atteindre le but par un seul et unique moyen.

Ce procédé, seul, ou combiné avec les autres, sera employé avantageusement dans un grand nombre de cas.

La ponction des membranes est spécialement indiquée quand une trop grande quantité de liquide amniotique rend les contractions totalement impuissantes, ou lorsqu'un état pathologique de la mère commande d'une manière impérieuse de diminuer rapidement le volume de l'utérus.

Il appartiendra à l'accoucheur de choisir, entre tous les procédés dont l'efficacité est sanctionnée par l'expérience, celui qui lui paraîtra le mieux convenir au cas particulier.

VARIÉTÉS

Les argas de Perse et leurs piqûres.

M. Mégnin présente des argas de Perse, grands acariens qui ont l'apparence et la taille de fortes punaises, et qui, au dire des habitants du pays, produisent une piqûre très douloureuse pouvant amener la corruption et la mort, mais chez les Européens seulement. Ces argas avaient été envoyés il y a quatre ans à M. Laboulbène par le Dr Tholozan, médecin du schah, puis égarés et oubliés; on les a retrouvés empaquetés dans du coton et du papier, encore vivants pour la plupart et doués de mouvements très actifs.

Des expériences faites sur des lapins par M. Mégnin ont démontré l'innocuité de piqûre de ces argas : c'est ce qu'avait déjà constaté le Dr Fumouze.

M. Mégnin a expérimenté sur lui-même : un arga, placé sur le dos de la main sous un verre de montre, y a enfoncé son rostre et s'est gorgé de sang. La sensation de la piqûre a été exactement celle d'une sangsue, peut-être un peu plus faible, et a persisté quelque temps après que le parasite a été repu, ce qui est arrivé au bout d'une demi-heure. La petite blessure s'est fermée par une gouttelette de sang desséché, et, à l'entour, sur un rayon de 3 à 4 millimètres, s'est dessinée une ecchymose violette, encore très visible le lendemain.

Depuis les expériences de M. Mégnin le Dr Tholozan a écrit pour signaler certains accidents arrivés à des officiers autrichiens voyageant en Perse dans des localités infectées d'argas, accidents consistant en phlébites, fièvre, délire, anorexie, etc.

Cependant MM. Laboulbène et Mégnin font les plus expresses réserves relativement à cette action novice des argas, et ils basent leurs réserves sur leurs expériences d'abord ; puis sur ce que l'insecte incriminé n'a jamais été pris sur le fait, c'est-à-dire saisi sur le point piqué et bien déterminé spécifiquement; ensuite sur ce que les accidents en question ne se sont montrés qu'une quinzaine de jours après la piqûre ; enfin, sur ce que nos argas indigènes et les ixodes, leurs voisins zoologiques, ne produisent rien d'analogue.

(*Soc. de Biologie.*)

Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Décision judiciaire.

Le *Figaro* a raconté en ces termes la condamnation d'un empirique parisien très couru :

« La 10e Chambre a jugé dernièrement un spécialiste sans diplôme, nommé Vignet-Carrin, qui s'était acquis, paraît-il, dans le quartier Montmartre, où il habitait, une véritable réputation comme guérisseur de certaines affections mystérieuses.

« Vignet-Carrin était signalé à la police. On savait qu'il n'était point médecin ; mais comment le prendre ? Sur sa porte aucune indication, et il n'allait point en ville.

« Le commissaire de police eut une idée fort simple et fort ingénieuse. Il envoya chez l'empirique son garçon de bureau.

« Ce dernier sonna chez Vignet-Carrin, et, d'une voix dolente et embarrassée, lui dit qu'il avait beaucoup entendu parler de lui et qu'il avait besoin de ses soins les plus éclairés.

« Le guérisseur introduisit son nouveau client dans un laboratoire orné de toutes sortes d'instruments de chirurgie, d'onguents, de

poudres et de bocaux. Il lui dit de s'étendre sur un canapé, et il allait commencer l'inspection qui était indispensable quand... le commissaire de police fit irruption dans l'appartement et constata le délit.

« Vignet-Carrin a été condamné par défaut à 500 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. »

NOUVELLES

RÉCOMPENSES. — Parmi les personnes récompensées pour actes de courage et de dévouement accomplis pendant le mois septembre, nous remarquons les suivantes :

(Seine-et-Marne). M. A. 1re classe. — TURQUET (Charles), représentant de marine, demeurant à Montereau-faut-Yonne; 14 juin 1882 : a fait preuve d'un rare dévouement en se prêtant à une opération de transfusion de sang et en sauvant ainsi un jeune homme sur le point de succomber.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 6 *au* 12 octobre 1882. — Fièvre typhoïde, 250; — Variole, 7. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 81.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 42.

Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 51. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 61; au sein et mixte, 40; inconnu, 5. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 101; l'appareil circulatoire, 76 ; l'appareil respiratoire, 55; l'appareil digestif, 40; l'appareil génito-urinaire, 25; la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; fièvre infectieuse, 2; épuisement, 1; causes non définies, 1. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 6. — Nombres absolus de la semaine, 1174.

Résultats de la semaine précédente : 1018.

CONCLUSIONS DE LA SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine **1203** naissances et **1174** décès.

Le nombre de décès accusés par les précédents bulletins étaient : **991**, **932**, **941**, **1018**. Le chiffre de **1174** décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les 4 dernière semaines.

La comparaison entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir une aggravation pour la fièvre typhoïde (**250** décès au lieu de **134** pendant la 40e semaine).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu **7** décès par Variole (au lieu de **5**), **3** par Rougeole (au lieu de **6**), **24** par Diphthérie (au lieu de **23**), **1** par Erysipèle (au lieu de **5**), **6** par Infection puerpérale (au lieu de **5**).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions supérieur pour la Fièvre typhoïde (**1001** malades reçus du 2 au 8 octobre au lieu de **536** entrés pendant les 7 jours précédents); la Variole (**19** au lieu de **12**), et la Diphthérie **25** au lieu de **23**).

L'épidémie de Fièvre typhoïde qui s'est déclarée à Paris, il y a deux mois, acquiert, chaque semaine, une intensité plus grande. Le nombre des victimes, de 57 pendant la 39e semaine, s'est élevé à 134 durant la 40e. Aujourd'hui notre bulletin en accuse 250. Le nombre des malades entrés dans les hôpitaux suivent une progression semblable : on a compté 213 admissions dans la 39e semaine ; 536 dans la 40e; 1001 dans la 31e.

Bien qu'aucun arrondissement ne jouisse d'une immunité absolue, il est incontestable que l'épidémie sévit surtout dans les quartiers situés au nord de Paris. Toutefois, pour apprécier exactement ce fait, il convient de tenir compte de la population respective de chaque quartier, car il n'est pas surprenant que le 18e arrondissement, où le nombre des habitants est considérable, paie un plus lourd tribut que le 16e qui possède une population beaucoup plus clair-semée. Le relevé que nous avons fait pour les 9 dernières semaines, c'est-à-dire en partant du jour où l'épidémie a commencé à se manifester, et qui est basé sur les chiffres de population révélés par le recencement de 1881, fait connaitre quelle est la part proportionnelle attribuée par l'épidémie à chacun des arrondissement de Paris.

ARRONDISSEMENTS	CHIFFRE de POPULATION	TOTAL des DÉCÈS	MORTALITÉ par 10.000 HABITANTS
1er	75.390	24	3.18
2e	76.394	23	3 »
3e	94.254	28	2.97
4e	103.760	36	3.47
5e	114.444	39	3.41
6e	97.735	30	3.07
7e	83.327	45	5.40
8e	89.004	26	2.92
9e	122.896	29	2.36
10e	159.809	73	4.56
11e	209.246	81	3.87
12e	102.435	54	5.27
13e	91.315	24	2.63
14e	91.713	12	1.31
15e	100.679	36	3.58
16e	60.702	13	2.14
17e	143.187	54	3.77
18e	178.836	105	5.87
19e	117.885	84	7.12
20e	126.717	46	3.70
La ille entière.....	2.239.928	862	3.85

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

REGIE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE
PARIS, DÉPARTEMENTS ET ÉTRANGER
BUREAUX ET ADMINISTRATION
6, *rue Git-le-Cœur*, *PARIS*.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 46 JEUDI 19 OCTOBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 46. Jeudi 19 Octobre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 18 octobre 1882.

M. le professeur Potain, candidat à l'Académie dans la section de pathologie médicale, a décrit, de même que le professeur Verneuil, une affection curieuse désignée sous le nom de pseudo-lipome sus-claviculaire: Il s'agit d'une masse diffuse siégeant au-dessus de la clavicule et limitée par cet os et les bords des muscles trapèze et sterno-mastoïdien. L'affection est peu grave, sa marche est très lente et elle ne nécessite aucun traitement chirurgical. Le point le plus important de son histoire est son étiologie. M. Potain et M. Verneuil rattachent cette production à la diathèse rhumatismale ; celle-ci se retrouve dans tous les cas sauf un. Un autre point de non moindre importance, c'est le diagnostic, non qu'il puisse conduire à un traitement efficace, mais au moins il sert à éviter une opération inutile.

Continuant la discussion sur l'allaitement artificiel, M. Guéniot a moins fait un discours qu'il ne s'est laissé aller à une causerie très attachante et pleine de faits sur l'élevage des nouveau-nés. M. Guéniot a vu de beaux succès par le biberon, à côté, il est vrai, d'un nombre incommensurable d'insuccès. M. Tarnier pense que tous les biberons sont mauvais, M. Guéniot trouve que tous les biberons sont bons, pourvu qu'on les tiennent parfaitement propres et qu'on sache les employer. D'ailleurs M. Guéniot est quelque peu sceptique à l'endroit des microbes ; s'il y en a de méchants, dit-il, il y en a qui sont peu féroces et, par exemple, le microbe enragé que M. Pasteur a trouvé dans la salive humaine nous laisse vivre tranquillement en sa compagnie; aussi les végétations cryptogamiques que M. H. Fauvel a décrites dans les biberons le laissent-elles parfaitement froid : cela ne fait pas de mal, dit-il.

L'honorable chirurgien s'est livré ensuite à quelques considérations sur l'emploi du lait de vache, son coupage et sa quantité. Il n'est pas nécessaire d'avoir du lait d'ânesse, dont le prix est trop élevé pour beaucoup de familles. Du lait employé peu de temps après la traite, et provenant d'une vache en bonne santé qui a vêlé depuis peu de temps, peut être considéré comme du lait de bonne qualité. Le lait doit être fortement coupé au début; on ne saurait, dit M. Guéniot, citer un seul enfant élevé au biberon qui ait dépéri par suite d'une insuffisance de nourriture. Si le lait est trop coupé on s'aperçoit bien que l'enfant n'est pas assez nourri et il suffit d'y ajouter un peu moins d'eau.

Arrêté par l'heure, M. Guéniot terminera sa communication dans la prochaine séance. A. Ch.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite,

Par M. L. MARTINEAU,
Médecin de l'hopital de Lourcine.
Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

Messieurs,

Nous commençons aujourd'hui l'étude thérapeutique de la métrite. Cette étude est des plus intéressantes à cause de l'organe atteint; en outre elle est des plus importantes par ce seul fait que l'appareil utérin est un foyer de retentissements sympathiques non seulement sur les organes voisins, mais encore sur les organes éloignés. Il suffit, en effet, d'une altération la plus légère dans sa structure ou d'un trouble dans sa nutrition pour provoquer dans tout l'organisme de la femme les accidents morbides les plus variés. Or, si vous considérez un seul instant les fonctions importantes dévolues à cet appareil, menstruation, grossesse, accouchement, si vous considérez le rôle considérable qu'il joue dans l'organisme de la femme, vous comprendrez que l'utérus soit si souvent lésé, au point que bien peu de femmes échappent dans le cours de leur vie à une affection utérine. Et cela est d'autant plus vrai que cet organe n'est pas seulement atteint alors qu'il est en pleine évolution, en pleine activité génitale, mais encore alors qu'il est endormi, qu'il est dans l'inactivité ou bien alors qu'il est tombé dans le calme, dans le repos. Il s'ensuit que les affections utérines, que notamment la métrite se montrent à tout âge aussi bien chez l'enfant, chez la femme âgée que chez la femme adulte. La fréquence de la métrite est donc grande, et à ce titre, comme à plusieurs autres, elle mérite toute l'attention du médecin, toute sa sagacité, toute son intelligence. Tous ses efforts doivent tendre à la guérir. Pendant longtemps la métrite a été considérée comme incurable par la plupart des gynécologistes. Aujourd'hui, cette proposition doit être rejetée. Quant à moi j'affirme la curabilité de la métrite, vous en avez tous les jours la preuve dans mon service; et m'appuyant sur les milliers d'observations recueillies par mes élèves (4,000 cas de métrite environ), j'ajoute qu'elle est rapidement guérie, si elle est soumise à une thérapeutique reposant sur des indications nettes et précises.

Avant d'aborder la thérapeutique de la métrite, permettez-moi de vous donner succinctement quelques notions générales qui faciliteront, à ceux d'entre vous qui ne sont pas familiarisés avec mon enseignement clinique cette étude si délicate et si difficile.

Et d'abord, Messieurs, il n'y a que des affections et non des mala-

dies utérines, comme il n'y a que des affections laryngées, pharyngées, bronchiques, gastro-intestinales. Je n'ai pas besoin de vous développer à nouveau les considérations que j'ai fait valoir dans mon traité clinique des affections utérines à l'appui de cette doctrine médicale. Cette question de pathologie générale est des plus importantes à poser au début de ces études ; car il importe de savoir que la métrite n'est pas une maladie locale, ainsi que le prétendent la plupart des gynécologistes de notre époque, mais bien une affection, qui, comme toutes les affections des organes, des systèmes, se développe sous l'influence de maladies générales constitutionnelles ou diathésiques. Il importe de savoir que la métrite ne reconnaît pas constamment pour cause une action purement locale, physique ou traumatique; qu'elle relève le plus ordinairement d'une cause plus générale ; qu'elle est la manifestation primitive ou secondaire, protopathique ou deutéropathique, d'une maladie générale constitutionnelle ou diathésique. Il importe de savoir que le traitement local, le traitement de la lésion ne la guérit qu'autant que la maladie générale, cause première de l'inflammation, est modifiée par un traitement approprié; qu'autant que la cause qui fait éclore l'affection utérine est supprimée.

Pour moi donc, je le répète, la métrite relève plus souvent d'une cause prédisposante générale que d'une cause locale ; elle est le plus ordinairement la manifestation d'une maladie générale constitutionnelle ou diathésique telle que la scrofule, l'arthritis, l'herpétis, la chlorose, la syphilis, la tuberculose, le cancer. L'utérus n'échappe pas à cette manifestation qui frappe à chaque instant les principaux organes, les principaux systèmes. Les fonctions physiologiques qu'il est appelé à remplir sont même une des causes qui font que cet organe est plus souvent atteint que les autres. C'est parce qu'il est soumis à cette influence morbide générale que l'utérus, ainsi que je l'ai dit, n'est pas seulement affecté pendant la période d'activité génitale, c'est-à-dire depuis l'instauration menstruelle jusqu'à la ménopause, mais encore qu'il est, comme tous les autres organes, apte à être lésé à toutes les époques de la vie de la femme. La métrite, en effet, se montre à tous les âges, aussi bien pendant l'enfance que pendant l'âge le plus avancé. J'en ai recueilli de nombreux exemples sur lesquels j'appellerai votre attention lorsque je traiterai de l'étiologie de cette affection.

Cette doctrine étiologique de la métrite ne vous met pas seulement, Messieurs, à même de mieux connaître le développement de la métrite, mais encore elle vous permet d'apprécier l'évolution des lésions anatomiques, la modalité clinique de l'affection, et d'asseoir la thérapeutique sur des bases sûres. Pour faire une bonne thérapeutique, il ne suffit pas, en effet, de connaître les lésions anato-

miques, leur variété ; il faut aussi connaître l'influence étiologique qui préside à leur développement et savoir apprécier la réaction de l'organisme, réaction des plus variables suivant les malades, suivant leur tempérament.

Telles sont, Messieurs, les considérations générales que j'avais à faire valoir. Dans le courant de cette étude thérapeutique j'aurai à y revenir et à les développer ; aussi je n'insiste pas.

Quelques mots, maintenant, sur les troubles morbides produits par l'inflammation utérine, sur son étiologie, sur les lésions anatomiques qui l'accompagnent. L'étude aussi succincte que possible que je vais en faire vous mettra à même d'apprécier plus complètement les indications que vous devez suivre pour traiter cette inflammation.

Outre les troubles si profonds que produit la métrite dans l'accomplissement des fonctions génito-sexuelles, il faut savoir que cette affection retentit non seulement sur les organes voisins de l'utérus, mais encore sur les organes éloignés, qu'elle donne lieu aux phénomènes morbides sympathiques les plus variés et d'autant plus intéressants à connaître qu'ils prennent souvent la première place dans l'ensemble symptomatique, et qu'ils sont l'occasion de nombreuses erreurs de diagnostic. C'est ainsi que non seulement il est commun d'observer, pendant l'évolution de la métrite, des lésions cellulaires péri-utérines, des lésions péritonéales, ovariques, etc., etc., conséquences de l'adéno-lymphite utérine (lésion constante, vous le savez, de la métrite) ; mais encore il est fréquent de constater la présence de troubles purement fonctionnels de la plupart, pour ne pas dire, de tous les organes. L'estomac, le cœur, les poumons, le larynx, le foie, la peau n'y échappent pas plus que les organes des sens, que le système nerveux périphérique et central.

Il est fréquent, Messieurs, d'observer, pendant l'évolution de la métrite, la dyspepsie, la gastralgie, l'entéralgie, le tympanisme, etc. Le foie offre parfois des troubles fonctionnels et intéressants, que certains auteurs ont considérés comme des troubles névralgiques, et qu'il faut, avec Bennett et Aran, rapporter à des coliques hépatiques. J'ai souvent observé, depuis que je m'occupe de gynécologie, des coliques hépatiques chez les femmes atteintes d'affections utérines. Fait intéressant, les coliques hépatiques augmentent d'intensité, lorsque l'affection utérine subit une recrudescence. Elles s'exagèrent de même lors de la période menstruelle, et dans certains cas elles ne se manifestent qu'alors. Je donne actuellement mes soins à une dame atteinte d'une métrite compliquée d'adéno-pelvi-péritonite adhésive. A chaque époque menstruelle, elle a une attaque de coliques hépatiques. Il n'y a pas d'erreur de diagnostic dans ce fait remarquable, car je pourrais mettre sous vos yeux les calculs qu'elle

rend dans ses selles quand l'attaque de colique hépatique est terminée. Vous savez, du reste, que dernièrement on a appelé l'attention sur la colique hépatique survenant dans le cours de la grossesse. C'est là évidemment un fait du même ordre.

Les phénomènes de la nutrition offrent des perturbations très variables. En effet, à côté de femmes amaigries, cachectiques, offrant un facies utérin accentué, on en trouve d'obèses, avec un aspect extérieur indiquant une santé florissante, à tel point qu'à première vue on les prend pour des hypochondriaques, quand elles se plaignent, ce qui ne contribue pas peu à aigrir leur caractère. Souvent l'obésité se localise à l'abdomen ; la femme se croit enceinte. J'ai vu dernièrement un remarquable exemple de cette aberration. Ces faits ont été décrits par M. le professeur Depaul sous le nom de « grossesses adipeuses ».

La métrite retentit fortement sur le système nerveux. On observe fréquemment les névralgies iléo-lombaire, crurale, intercostale, céphalique (clou hystérique), mammaire, cardiaque.

Par contre, vous observerez assez souvent aussi l'anesthésie, même en dehors de l'hystérie, quoique les malades soient névropathes le plus habituellement.

Le seul fait d'un trouble utérin peut expliquer certains spasmes laryngiens et bronchiques. J'ai vu un certain nombre de fois des accès d'asthme coïncidant avec les époques menstruelles. Les convulsions, les contractures ne sont pas rares dans le cours de la métrite. On a signalé une hémichorée, l'épilepsie ; on a décrit aussi, et j'en ai observé de nombreux exemples, des vésanies, des hallucinations, des illusions, etc., etc. La métrite guérie, tous ces accidents s'éteignent naturellement.

L'hystérie ne siège pas, comme on l'a souvent dit, dans le système utéro-ovarien. C'est une maladie générale qui se réveille à l'occasion d'une cause locale. Ce qui le prouve, c'est que, si la première hypothèse était fondée, toutes les affections utéro-ovariennes devraient se compliquer d'hystérie ou d'hystéro-épilepsie. Or, l'observation de tous les jours montre qu'il n'en est rien. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le phénomène d'*Aura* (si la malade est hystéro-épileptique) a parfois son point d'origine dans l'ovaire ou l'utérus. La cause pathogénique de l'attaque est, dans l'espèce, analogue à celle des attaques convulsives survenant par le fait de l'excitation d'un nerf, d'un sens, d'un point épileptogène.

On rencontre assez souvent des troubles fonctionnels des organes sensoriels. La surdité, l'amaurose ont été observées pendant l'évolution de la métrite. Il faut savoir que les troubles de la vision sont souvent de nature congestive, alors surtout que la malade est affectée d'une métrite arthritique. Dans ce cas, l'iritis, l'irido-choroïdite se

développent, non sous l'influence de l'affection utérine, mais par suite de la diathèse arthritique. Avec mon confrère et ami, M. le Dr Abadie, j'en ai observé un cas des plus remarquables. De même, la plupart des kératites, des conjonctivites signalées ont été constatées chez des sujets scrofuleux. L'affection oculaire et l'affection utérine reconnaissent la même origine, la scrofule. Il ne faut donc admettre qu'avec beaucoup de réserve une action de retentissement direct de l'utérus sur les organes des sens; les deux lésions se développent, dans la plupart des cas, sous l'influence de la même diathèse.

Les paralysies motrices sont assez souvent constatées. Je ne puis que les mentionner, ne pouvant aborder les questions intéressantes qu'elles soulèvent, ainsi que je l'ai fait, du reste, dans mon traité clinique.

Les affections cutanées sont assez fréquentes pendant le cours de la métrite. Il n'est pas rare d'observer une alternance entre l'affection utérine et l'affection cutanée, ce qui pourrait faire invoquer une action métastatique.

Enfin, Messieurs, une conséquence fréquente de la métrite et des inflammations péri-utérines qu'elle suscite est la stérilité. Je ne veux pas actuellement vous exposer tous les problèmes sociologiques que cet accident soulève. Je veux seulement vous le signaler pour vous montrer que joint à tous les faits si variés, si nombreux, relatifs au développement de la métrite, aux lésions péri-utérines qui en résultent, au retentissement sympathique qu'elle éveille dans tout l'organisme, la thérapeutique de la métrite mérite toute l'attention, toute la sagacité du médecin.

Afin d'établir cette thérapeutique sur des bases solides, il est nécessaire que je vous expose quelques considérations sur l'étiologie et les lésions de la métrite, car le traitement de cette affection n'est possible que si le médecin en a élucidé complètement l'origine et les lésions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *octobre* 1882. — *Présidence de* M. Hardy.

La Correspondance comprend une lettre de M. le Dr Hubert Boens, président de la ligue des anti-vaccinateurs, accompagnant une brochure intitulée : la Dégringolade du vaccin et des vaccinateurs.

M. le président annonce à l'Académie la mort de Davaine. D'après la volonté du défunt, aucun discours n'a pu être prononcé sur la tombe, ce qui n'a pas permis à l'Académie de rappeler les nombreux titres scientifiques du défunt. Davaine a été l'initiateur de tous les travaux

relatifs à la médecine des germes, qui tend à prendre aujourd'hui une si grande place.

M. de Villiers présente de la part de M. le Dr Zinnis, d'Athènes, une brochure sur le rôle de la dentition dans la pathologie infantile.

De l'œdème rhumatismal et du pseudo-lipome sus-claviculaire. — M. le professeur *Potain* a décrit avec M. Verneuil une affection singulière, qu'il a appelée pseudo-lipome de la région sus-claviculaire et qui paraît se rattacher à la diathèse rhumatismale. Ovoïde et triangulaire, cette saillie est comprise entre les bords du creux sus-claviculaire; elle est mal délimitée à l'œil et à la main; elle est élastique et ne conserve pas l'empreinte des doigts. Cette affection n'est pas douloureuse et peut durer plusieurs années sans causer aucune gêne au malade. Il n'y a donc pas d'opération chirurgicale à faire. Mais cette production est très intéressante au point de vue du diagnostic.

Tous les malades de M. Verneuil, comme ceux de M. Potain, étaient des rhumatisants. Chez la plupart, il existait une tuméfaction chronique et douloureuse d'une ou de plusieurs articulations. Les urines offraient une tendance marquée à la production de sables. Cependant, sur l'un des malades observés à l'hôpital Necker, M. Potain a dû constater l'absence complète de tout signe de rhumatisme ou de goutte.

Le pseudo-lipome se joint toujours à des affections rhumatismales chroniques; parmi les malades de M. Potain, deux étaient diabétiques, un avait une dilatation athéromateuse de l'aorte; un bon nombre de ces malades avaient une irritabilité anormale du système nerveux.

Malgré cela l'humidité ne semble prendre aucune part dans l'étiologie. Toutes les fois que M. Potain a pu retrouver des antécédents dans la famille du malade, c'était du côté maternel. L'étiologie de l'affection se compléterait si l'on pouvait trouver sous quelle influence se produit le pseudo-lipome sus-claviculaire.

Cette affection déborde parfois la région qui lui a été assignée, pour envahir les parties voisines et d'autres parties du corps. Souvent on rencontre, chez les individus atteints de rhumatisme chronique, une tuméfaction de la région sus-claviculaire et du dos des mains ! La main à fossette est presque toujours une main arthritique, surtout chez les femmes.

Chez plusieurs malades, les pseudo-lipomes devenaient surtout gros et gênants par les temps froids et humides.

Un certain nombre de malades ont en même temps de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané. M. Potain l'a constaté chez 8 de ses 20 malades.

On ne saurait séparer le pseudo-lipome sus-claviculaire de cet œdème mobile dont il suit toutes les phases. Il faut admettre dans ces cas une infiltration séreuse, malgré la différence de consistance. Cet œdème des arthritiques n'est point d'ailleurs un fait isolé ; en dehors des pseudo-lipomes, on rencontre assez souvent chez les rhumatisants un œdème qui n'a d'autres causes que la diathèse rhumatismale elle-même. M. Kirmisson, dans un mémoire inspiré par M. Guyon, et M. Davaine ont signalé les œdèmes aigus passagers que l'on trouve dans le cours du rhumatisme. Trois conditions peuvent contribuer à faire naître cet œdème, l'impression du froid humide, l'ébranlement du système nerveux et des affections locales qui peuvent alors provoquer un œdème aigu sympathique.

Il peut donc se montrer dans le cours du rhumatisme aigu ou chronique un œdème passager.

De l'allaitement artificiel. — *M. Guéniot.* Il y a dix-neuf ans M. Guéniot donnait des soins à une jeune accouchée lymphatique très heureuse de pouvoir nourrir elle-même son enfant. Mais des gerçures et un abcès survinrent et il fallut cesser l'allaitement. L'enfant avait treize jours. M. Guéniot conseilla une nourrice qui ne fut pas acceptée et l'on prit le biberon, encouragé par une voisine qui avait pu nourrir au biberon 7 enfants avec plein succès. Dans ce cas également l'enfant fut élevé au biberon et devint un beau jeune homme.

Ce fait frappa M. Guéniot ; il y a vingt ans on n'admettait guère la possibilité d'un succès par le biberon à Paris.

Depuis lors, M. Guéniot a vu un certain nombre de succès analogues, mais à côté de cela un nombre incommensurable d'insuccès. L'allaitement artificiel est un art au même titre que la médecine elle-même. Il faut avoir pour cela une certaine pratique. Cette opinion s'applique surtout à l'allaitement artificiel commençant avec la vie de l'enfant. Il faut distinguer en effet l'allaitement artificiel employé dès le début et l'allaitement artificiel secondaire.

M. Tarnier a recherché les causes de la mortalité excessive de 0 à 1 an.

Un médecin de Jouy-en-Josas, le Dr Gilberton du Breuil a créé en mars 1879 une crèche. Sur les 8 enfants élevés au biberon dans cette crèche, pas un seul n'a succombé. L'allaitement artificiel au biberon peut donc réussir ; il suffit de savoir l'appliquer.

M. Tarnier a critiqué dans tous ses détails l'allaitement artificiel. Le lait d'ânesse est évidemment un lait supérieur au lait de vache, mais qui coûte 4 fr. le litre et par suite ne peut être employé que dans les familles aisées. Ce qui est surprenant, c'est que M. Tarnier ait pensé que ce lait ne pouvait être employé que pendant deux ou trois mois.

Le lait de vache, employé peu après la traite et provenant d'une vache en bonne santé, qui n'a pas vêlé depuis longtemps, peut-être considéré comme un lait de bonne qualité.

Le lait ne doit être bouilli que s'il doit être employé longtemps après la traite.

Il faut couper le lait ; s'il est un peu trop coupé, il est facile de voir que l'enfant n'est pas assez alimenté et alors il faut le couper un peu moins.

Il y a un point très important et que M. Tarnier a oublié, c'est la quantité. Il n'y a pas d'enfant élevé au biberon qui meure réellement de faim par suite d'un trop fort coupage de lait.

M. Tarnier trouve que tons les biberons sont mauvais. M. Guéniot trouve que tous les biberons sont bons pourvu qu'ils soient faciles à nettoyer. Il ne fut pas une précision excessive comme celle que demande M. Tarnier.

M. Guéniot, continuera son discours dans la prochaine séance.

La séance est levé à 5 heures.

NÉCROLOGIE

DAVAINE (Casimir-Joseph), né à Saint-Amand-les-Eaux (Nord), le 12 mars 1812, est mort à Garches, le vendredi 13 octobre, après quelques mois de maladie.

Davaine s'est fait recevoir docteur en médecine le 13 décembre 1837, et sa thèse a pour titre l'*Hématocèle de la tunique vaginale.*

Après avoir débuté par un mémoire « Sur la paralysie partielle et générale des deux nerfs de la septième paire » (1852), il se livra à des études d'anatomie et de physiologie comparée, publia des travaux sur la génération des huîtres (1853), sur l'anguillule du blé niellé (1857), etc.; mais son ouvrage le plus important est le *traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, ouvrage remarquable qui a valu à l'auteur le prix Itard en 1864.

Davaine publia ensuite ses recherches « Sur le développement et la propagation du trichocéphale de l'homme et de l'ascaride lombricoïde » (1862), — Sur les anguillules du vinaigre (1864), — Sur les vibrioniens (1864), — Sur les infusoires du sang dans le sang de rate (1863-1864), — Sur les bactéridies dans la pustule maligne (1864), etc.

Les travaux de Davaine ont éclairé la question de la contagion des maladies charbonneuses de l'homme et des animaux. C'est lui qui a établi que les bactéridies de sang frais ou convenablement desséché constituent le seul agent appréciable de la contagion. C'est encore lui qui a établi le caractère à l'aide duquel on peut distinguer la pustule maligne des autres affections gangréneuses, parcé qu'elle contient des bactéridies capables de se reproduire et de se multiplier par inoculation.

Les travaux originaux de Davaine lui ont valu, en 1865, le prix Bréant, à l'institut de France.

Il avait été élu membre de l'Académie de médecine le 18 février 1868, où il avait remplacé Trousseau dans la section de thérapeutique.

Davaine se livrait peu à l'exercice de sa profession. Il comptait parmi ses clients les princes de la finance, ce qui suffisait à ses besoins et à son ambition.

Ses obsèques ont eu lieu à Paris le 17 octobre.

Il était chevalier de la Légion d'honneur. A. CORLIEU.

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Institution d'une commission d'hygiène hospitalière.* — Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

Considérant que des questions importantes intéressant l'hygiène hospitalière, — création de services d'isolement, construction d'hôpitaux et hospices, ventilations, chauffage, éclairage, services balnéaires et hydrothérapiques, service des cabinets d'aisances, nettoyage et désinfection des bâtiments et du matériel — s'imposent chaque jour à l'attention de l'Administration et réclament d'urgence des solutions pratiques;

Qu'il est utile, à cet effet, de recourir aux connaissances spéciales des hommes compétents auxquels est confié la direction des services des hôpitaux et des hospices;

Arrête :

Article premier. — Une commission prise dans le sein du corps médical des hôpitaux est instituée pour donner son avis sur toutes les questions d'hygiène hospitalière et sur les améliorations à introduire dans les divers services des hôpitaux et des hospices.

Art. 2. — Cette Commission sera présidée par le Directeur de l'Administration.

Elle comprendra : Le médecin et le chirurgien représentant au Conseil de surveillance le corps médical des hôpitaux;

Trois médecins, dont un médecin chargé d'un service d'enfants, désignés au choix de l'Administration par les médecins des hôpitaux;

Deux chirurgiens désignés au choix de l'Administration par les chirurgiens des hôpitaux;

Le chef du service d'accouchement de la Maternité;

Le Directeur de la Pharmacie centrale;

Le Secrétaire général;

Un inspecteur de l'Administration.

Art. 3. — La Commission se réunira au chef-lieu de l'Administration.

Fait à Paris, le 9 août 1882. Ch. QUENTIN.

— Par arrêté du même jour ont été nommés membres de la commission d'hygiène hospitalière, MM. les docteurs :

Moutard-Martin, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre du conseil de surveillance;

Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec, membre du Conseil de surveillance;

Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis;

Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants;

Trélat, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien à l'hôpital Necker;

Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon;

Tarnier, chirurgien, professeur en chef de la Maternité;

M. Beaudrimont, professeur à l'Ecole de pharmacie, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux;

M. Brelet, secrétaire général de l'Administration;

M. d'Echérac, inspecteur de l'Administration;

M. Grou, chef du bureau du personnel et du service de santé.

— *Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière.*— L'école municipale d'infirmières ouvrira ses cours professionnels le lundi 16 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants :

Cours d'administration : M. Le Bas.

Eléments d'anatomie : M. Duret.

Eléments de physiologie : M. P. Regnard.

Pansements : M. Poirier.

Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés : M. Budin.

Hygiène : M. Blondeau.

Petite pharmacie : M. Yvon.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'école de la Salpêtrière, doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la Direction, de huit heures du matin à midi.

Paris, le 12 actobre 1882.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.
Ch. Quentin.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices de dissection, pour l'année scolaire 1882-1883, auront lieu à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le Dr Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront la lundi 21 octobre prochain. Les élèves de seconde année qui n'ont pas encore disséqué sont tenus de subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, tous les jours de midi à quatre heures.

Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du vendredi 3 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigeront et surveilleront les travaux des élèves. Ils feront une démonstration quotidienne, à une heure précise, dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le

deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets.

C. Les exercices de dissection sont facultatifs pour les autres étudiants et les docteurs en médecine. Les uns et les autres, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen de la Faculté.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés de deuxième et de troisième année, suivant la date de leur inscription à l'École pratique ; 2° éléves non obligés et docteurs en médecine, également suivant la date de leur inscription.

NOTA. — Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel, 2, rue Vauquelin. Ce bureau sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 18 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance constante du paiement des droits. Passé le 18 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 3 octobre 1882, M. de la Porte (Jean-Pierre-Armand), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de 1re classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. Emploi vacant par organisation.

Par décret en date du 13 octobre 1882, M. Lafforque (Dominique), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de 1re classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. Emploi vacant par organisation.

Par décret en date eu 6 octobre 1882, M. Bachon (Alexandre-Pierre-Paul), médecin principal de 2e classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de 2e classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. Emploi vacant par organisation.

ASILE D'ALIÉNÉS DE VILLE-EVRARD. — M. le Dr Espiau de La Maëstre, médecin directeur de l'asile de Ville-Evrard, a été victime, le 11 octobre dernier, d'un accident qui aurait pu avoir les plus tristes conséquences. Un malade, B..., atteint de délire de persécution, l'a saisi par derrière et a essayé de lui crever les yeux avec les doigts. L'œil droit a été plus fortement atteint. Bien que le traumatisme offre une certaine gravité, on espère qu'il n'aura pas de conséquences sérieuses. Nous faisons les vœux les plus sincères pour le prompt rétablissement de M. le Dr Espiau de La Maëstre, un des médecins les plus dévoués de nos asiles d'aliénés.

(*Progrès médical*).

HÔPITAL BEAUJON. — Le Dr Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 24 octobre à neuf heures et les continuera les mardis suivants.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II N° 47 SAMEDI 21 OCTOBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 47. Samedi 21 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. F. GUIBOUT.

Traitement général des maladies de la peau (*Suite*) (1).

Leçon recueillie et rédigée par M. Bodinier.

Messieurs,

Dans notre dernière leçon nous vous avons indiqué la manière de traiter la diathèse herpétique, nous vous avons parlé de l'arsenic, le médicament antiherpétique par excellence, nous en avons discuté devant vous les indications et les contre-indications, nous avons vu quand et sous quelle forme il fallait le prescrire. Aujourd'hui nous vous parlerons du traitement de la syphilis et de la scrofule et nous verrons comment il faut se conduire en face des lésions cutanées qu'elles produisent.

Plus heureuse que l'herpétisme, la syphilis a trouvé dans le mercure et l'iodure de potassium un double spécifique. C'est donc l'histoire des médications mercurielle et iodurée dans la syphilis que je vous exposerai tout d'abord.

Le mercure est un médicament d'une digestion pénible et d'une assimilation difficile : il faut donc, avant de le prescrire, interroger avec soin le tube digestif, et remédier aux troubles existants, et pendant la durée du traitement vous devez surveiller cet appareil avec un soin constant et vous tenir prêts à combattre les accidents qui peuvent survenir. Pour les éviter il est prudent, et c'est ma coutume, de rejeter les préparations mercurielles trop énergiques. Aussi me voyez-vous rarement employer le sublimé, dont l'action irritante fatigue l'estomac. Je préfère de beaucoup le protoiodure de mercure et je le donne sous la forme pilulaire. Je lui associe dans mes pilules, dont je vous ai donné la formule, l'opium et l'extrait de gentiane ; l'opium pour éviter toute menace d'irritation gastrique, l'extrait de gentiane pour exciter l'appétit trop souvent languissant chez les syphilitiques. Dans ces conditions, le protoiodure n'apporte aucun trouble aux fonctions digestives ; il est plutôt analeptique et reconstituant, et l'on voit, sous son influence, le malade reprendre des forces, de l'embonpoint et des couleurs.

Le protoiodure de mercure est l'ennemi de la syphilis naissante, comme du reste toutes les préparations mercurielles. C'est par lui qu'il faut engager la lutte et commencer le traitement. Ainsi, vous avez à soigner un chancre de nature indécise et d'induration dou-

(1) Voir *France médicale*, n° 40.

teuse. Eh bien ! donnez immédiatement l'antidote de la syphilis, le mercure; en agissant ainsi vous ne risquez rien. Si le chancre s'indure et si la roséole apparaît, c'est autant de gagné dans la durée du traitement, et vous avez pu atténuer la gravité des accidents consécutifs de la syphilis constitutionnelle. Si, au contraire, le chancre reste mou et n'amène pas à sa suite les éruptions spécifiques, vous avez fait un traitement inutile et voilà tout. Car il n'est pas toujours facile d'assurer que tel chancre donné est oui ou non infectant ; malgré le principe de dualité, vrai dans la grande majorité des cas ; malgré ce principe qui veut que le chancre dur soit syphilitique et que le chancre mou ne le soit pas, on a vu des malades, traités pour un chancre mou par des gens compétents, présenter plus tard les manifestations de la syphylis constitutionnelle. Donc, dès qu'un chancre se montre, pour peu que vous hésitiez sur sa nature, ne craignez pas, prescrivez le mercure.

Le mercure s'emploie contre tous les accidents précoces; c'est le médicament de la première période, qui se manifeste par la roséole, les papules, les tubercules, etc. Le mercure peut aussi, et j'en ai vu des exemples, rendre des services dans des accidents plus tardifs ; mais il a peu d'efficacité contre les accidents tertiaires.

Aux manifestations cutanées et superficielles de la première période, on voit succéder souvent des troubles et des lésions plus profondes, telles que iritis, céphalées, douleurs ostéocopes, arthralgies diverses. Dans ces cas, le mercure n'a plus la même puissance et l'on doit appeler à son aide l'iodure de potassium. C'est alors que l'on prescrit le sirop de Gibert, dont la composition vous est connue ; chaque cuillerée de ce sirop contient un centigramme de biiodure de mercure et cinquante centigrammes d'iodure de potassium ; deux cuillerées à bouche par jour suffiront le plus souvent à enrayer et à faire disparaître les accidents que vous avez à combattre. On peut encore séparer les deux médicaments, et donner isolément les pilules de protoiodure d'hydrargyre et la solution d'iodure de potassium.

Cependant, que le malade ait négligé de se traiter, ou bien que le traitement ait été mal fait ou d'une durée insuffisante, la syphilis et est arrivée à sa troisième période ; cette dernière phase de la maladie se manifeste par des ulcérations cutanées, des exostoses et des gommes. A ces malades, envahis par la diathèse, il faut prescrire l'iodure de potassium ; c'est le médicament des accidents tertiaires, comme le mercure est le médicament des accidents précoces. On donne l'iodure de potassium à la dose de 3 à 4 grammes par jour dans une potion aqueuse de 120 grammes ; on arrive facilement à en masquer le goût peu agréable par l'adjonction à la potion de 20 à 30 grammes de sirop d'écorce d'oranges. Cependant, même dans la

période tertiaire, il ne faut pas dédaigner le mercure et l'on a retiré de bons effets des frictions faites avec 5 à 6 grammes d'onguent napolitain double.

Résumons en quelques mots le traitement de la diathèse syphilitique : au début, donnez le protoiodure de mercure, à la fin l'iodure de potassium, et associez ces deux médicaments pour les accidents intermédiaires. Et puis, les accidents passés, n'oubliez pas que la diathèse peut exister encore et le feu couver sous la cendre : il faut donc chaque année reprendre le traitement. C'est ainsi que l'on arrive à prévenir toute rechute, et à guérir non seulement les manifestations de la diathèse, mais la diathèse elle-même.

Passons maintenant à la diathèse scrofuleuse et voyons comment on peut la combattre. La lutte est plus difficile et plus longue que dans la syphilis et couronne moins souvent nos efforts. Car la scrofule porte à l'organisme un trouble plus profond et plus intime; ce n'est pas, comme la syphilis, une graine venant du dehors et déposée sur un terrain propice ; non, c'est une génération spontanée ou héréditaire d'un organisme malade. Cependant on peut en faire disparaître les accidents et même guérir la diathèse. Le spécifique de la scrofule est encore à trouver; mais à son défaut, on a sous la main plusieurs médicaments d'une efficacité variable, mais non douteuse. A la tête des médicaments antistrumeux il faut placer l'huile de foie de morue, l'iode et le fer. Tout le monde connaît l'emploi de l'huile de foie de morue et les merveilleux résultats qu'on lui doit. L'iode fut mis en honneur par Lugols, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et par Boinet, et ces deux praticiens ont montré tous les avantages qu'on en peut tirer dans le traitement de la scrofule. J'ai l'habitude de prescrire la potion suivante qui est bien tolérée :

Julep gommeux..................	120 grammes.
Iodure de potassium.............	1 —
Teinture d'iode.................	X à XX gouttes.
Tannin........................	1 gramme.
Sirop de quinquina.............	30 —

L'iode trouve dans le tannin un correctif qui l'empêche d'irriter l'estomac et dans le quinquina un utile adjuvant. J'emploie également volontiers le sirop de raifort iodé et je n'ai qu'à m'en louer.

Nous en avons fini avec le traitement des trois grandes diathèses contre lesquelles vous aurez sans cesse et partout à lutter, et vous avez vu qu'elles ont chacune leur médicament : la syphilis réclame le mercure et l'iodure de potassium, l'herpétisme veut de l'arsenic, et la scrofule est combattue par l'iode et les toniques.

(*A suivre.*)

Sur la fermentation des nitrates (1).

Par MM. Gayon et Dupetit.

Les belles recherches de MM. Schlœsing et Müntz ont établi que la nitrification, dans le sol et dans les liquides organiques, est due au développement de microbes aérobies.

Certains faits, rapportés par M. Boussingault, M. Schlœsing et d'autres observateurs, nous ont fait penser que la réaction inverse, la réduction des nitrates, était aussi un phénomène physiologique ; nous avons cherché à confirmer cette hypothèse par des expériences dont nous prions l'Académie d'accueillir favorablement les premiers résultats.

De l'eau d'égout, additionnée de nitrate de potasse à la dose de 0 gr., 020 par litre, a été ensemencée avec de l'urine altérée ; le nitrate a disparu peu à peu, et le liquide s'est rempli d'organismes microscopiques. Des cultures successives ont permis de produire la réduction de 0 gr., 100 et même 0 gr., 200 d'azotate de potasse par litre. Au delà de cette limite, l'eau d'égout cesse de convenir ; mais en la remplaçant par du bouillon de poule, neutralisé avec une dissolution étendue de potasse, on peut décomposer totalement jusqu'à 5 pour 100 et commencer la décomposition de 10 pour 100 de nitrate.

Les microbes qui se développent dans ces circonstances sont bien la cause de la dénitrification ; car, si l'on stérilise la semence par la chaleur, ou si l'on ajoute au liquide soit du chloroforme, soit du sulfate de cuivre, la solution reste limpide et l'azotate de potasse se conserve inaltéré.

Les organismes dont il s'agit sont anaérobies ; cultivés en grande surface et au contact de l'air atmosphérique, ils ne fonctionnent plus ou du moins leur action est considérablement diminuée.

La température la plus favorable est comprise entre 35° et 40°. La présence de matières organiques est nécessaire ; aussi, le bouillon de poule vaut-il mieux que l'eau d'égout. Mais toutes les matières organiques ne conviennent pas également. Parmi celles que nous avons essayées : huile d'olive ou d'amandes douces, glycérine, glycol, sucre, alcools de la série grasse, tartrates, etc., le sucre, l'alcool ordinaire, et surtout l'alcool propylique, ont donné les meilleurs résultats. Il suffit, par exemple, d'ajouter trois ou quatre gouttes de ce dernier corps dans 100 cc. d'un liquide où la dénitrification est suspendue, pour la provoquer de nouveau. Les huiles sont rapidement saponifiées.

Deux substances ont présenté un intérêt particulier : ce sont l'acide phénique et l'acide salicylique. Employées aux doses d'ordinaire antiseptiques, et même à des doses plus élevées, non seule-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

ment elles n'ont pas empêché la vie du microbe réducteur, mais encore elles ont disparu complètement avec le nitrate, de la même façon que du sucre ou de l'alcool propylique. M. Müntz a bien voulu nous citer des faits qui confirment ce qui précède, du moins pour l'acide phénique ; d'après ses observations, certains organismes le détruisent, même lorsqu'il existe à la dose de plusieurs grammes par litre.

Lorsqu'on se place dans de bonnes conditions de température et de milieu, même avec des liquides artificiels, la décomposition des nitrates présente toutes les allures d'une fermentation énergique ; elle est accompagnée d'un développement rapide de microbes, de bulles abondantes de gaz et de mousse épaisse. On transforme alors environ 1 gr. de nitrate de potasse par litre et par jour.

Le gaz qui se dégage est de l'azote pur, représentant une forte proportion de l'azote du nitrate ; le reste forme de l'ammoniaque et peut-être des dérivés amidés de la matière organique employée ; quant à l'oxygène, il forme de l'acide carbonique, qui reste dans la liqueur sous la forme de carbonate neutre ou de bicarbonate. Le rôle de la matière organique est donc de faire entrer dans de nouvelles combinaisons les produits de la fermentation du nitrate.

Les azotates de soude, d'ammoniaque et de chaux fermentent de la même manière que l'azotate de potasse.

L'ensemble de ces faits, que nous espérons accroître bientôt d'observations nouvelles sur la fermentation des nitrates avec production de protoxyde d'azote, de bioxyde d'azote ou de nitrites, servira sans nul doute à expliquer un certain nombre des phénomènes de la chimie du sol, des engrais et des eaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *octobre* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Ulcération des artères au contact du pus. — *M. Th. Anger* lit un rapport sur un travail de M. Humbert relatif aux ulcérations des artères situées dans des foyers purulents. Il s'agissait dans les deux cas d'abcès par congestion.

Dans un premier cas, l'origine artérielle est démontrée puisqu'il y a eu autopsie ; on a trouvé l'artère poplitée perforée.

L'hémorrhagie qui s'était faite par des orifices fistuleux multiples avait été tellement foudroyante qu'on n'avait pas eu le temps d'intervenir.

Le deuxième cas a guéri, de telle sorte que l'origine artérielle de l'hémorrhagie peut être mise en doute.

M. Anger a dans son service un malade qui présentait une tumé-

faction paraissant sous-périostée au voisinage du condyle interne du fémur; une incision donna issu à une hémorrhagie qui ne fut arrêtée que par le tamponnement et la compression. Le périoste n'était pas décollé; il s'agit très probablement d'une tumeur sanguine osseuse.

M. Anger cite des exemples d'hémorrhagie foudroyante dans la cavité d'abcès de coxalgie.

M. Monod rapporte qu'il a observé à l'Hôtel-Dieu deux cas semblables. Dans l'un, il s'agissait d'un abcès par congestion ouvert et drainé avec le pansement antiseptique; le drain ne touchait pas l'artère, il se fit une hémorrhagie terrible qui ne fut arrêtée que par la ligature de la fémorale. Chez l'autre, il s'agissait d'un abcès situé à la partie inferieure du bras et drainé; l'artère qui donnait fut liée, mais l'hémorrhagie se reproduisit dans la nuit et le malade succomba : il y avait plusieurs branches artérielles perforées. Les deux malades étaient tuberculeux. Peut-être y a-t-il chez les tuberculeux des altérations vasculaires qui prédisposent à la rupture.

M. Verneuil rappelle qu'il a vu avec M. Humbert un jeune enfant qui présentait une tuméfaction diffuse de la jambe qu'on pouvait prendre soit pour un érysipèle phlegmoneux ou une périostite diffuse. Une incision donna issue à de la sérosité fortement teintée de sang; le tibia était dénudé.

Les hémorrhagies dans la cavité de foyers purulents tiennent aux dénudations artérielles dont Delbarre a fait le sujet de sa thèse.

Quand une artère est disséquée dans un foyer purulent, il ne se produit pas d'hémorrhagie; si le malade n'est pas atteint de septicémie, les artères résistent; si le malade est soumis à l'influence de la septicémie ou d'une maladie générale comme la scarlatine, les parois se résorbent.

M. Verneuil demande à M. Monod et à M. Anger si leurs malades avaient de la fièvre.

Les lésions tuberculeuses peuvent se développer dans la gaîne lymphatique des petits vaisseaux, mais pour les gros vaisseaux ce développement est à démontrer.

M. Desprès fait remarquer que chez un des malades de M. Monod on avait placé un drain en anse et il se demande si le drain n'aurait pas agi comme le tube de caoutchouc dans la fistule anale, d'autant plus que l'ouverture des artères dans les foyers purulents est un fait exceptionnel.

M. Desprès n'a jamais vu d'abcès froid dans lequel il se fût épanché du sang avant l'ouverture ; les cas qu'on a pris pour tels étaient des hématoses.

M. Monod. Chez le malade qui a eu une ulcération de la fémorale, le drain pouvait à la rigueur être la cause puisqu'il passait au-des-

sous de l'artère ; mais dans le second cas, il existait plusieurs petites perforations.

Au reste, le premier malade, le seul qui fût dans mon service, n'avait pas de fièvre et n'était pas atteint de septicémie ; la fièvre ne s'est développée qu'après la ligature, ceci pour répondre à la question de M. Verneuil. Aussi je me demande, avec M. Anger, si chez les tuberculeux il ne peut pas se produire des lésions de l'artère prédisposant à la perforation.

M. Marchand dit qu'il a observé un fait analogue chez un malade de l'hôpital Saint-Louis qu'on lui avait envoyé d'un service de médecine. Il y avait une tuméfaction de la jambe paraissant tenir à la tête du péroné. Une incision à la recherche du pus me fit tomber dans une cavité d'où jaillit un flot de sang ; je fis la ligature de la fémorale à l'anneau et je recherchai l'origine du sang, je découvris une rupture de 2 centimètres sur l'artère poplitée. Du reste, la gangrène étant survenue et l'amputation jugée nécessaire, nous vîmes de nouveau la même lésion ; le malade a succombé.

M. Labbé est aussi d'avis que ces faits sont rares, mais il se rappelle avoir vu un enfant auquel Dolbeau avait ouvert un vaste abcès du cou et qui fut pris deux jours après d'une hémorrhagie très grave. Les recherches pour découvrir la source du sang firent voir très nettement une perforation d'une artère faite à l'emporte-pièce ; l'artère étant friable, il fut obligé de faire la ligature de la carotide externe.

M. Anger répond que dans un cas l'enfant ne portait pas de drain. Pour répondre à l'objection tirée de la septicémie faite par M. Verneuil, il rappelle qu'il a vu un malade opéré par Nélaton d'une tumeur du maxillaire inférieur. La carotide externe fut dénudée. Le malade n'avait pas de fièvre ; il se produisit au troisième ou quatrième jour une hémorrhagie tellement foudroyante qu'on n'eut pas le temps d'intervenir.

M. Chauvel fait un rapport sur un mémoire envoyé par M. Vieusse relatif à l'élongation des nerfs dans les cas de paralysies traumatiques. Un sous-officier avait reçu un coup de sabre à la partie externe et supérieure de l'avant-bras droit. La plaie guérit bien, et ce n'est qu'après la sortie de l'hôpital qu'apparurent des troubles trophiques et que se montra une flexion de plus en plus marquée de la main sur l'avant-bras. La sensibilité était absolument perdue.

Il pratiqua l'élongation du nerf radial à la partie externe du bras au-dessous de l'insertion du deltoïde.

Dès le lendemain, la sensibilité était revenue, les troubles trophiques reparaissent ensuite. La paralysie musculaire a persisté et même s'est aggravée, d'où la conclusion du Dr Vieusse que l'élongation ne remédie en rien à la paralysie musculaire, conclusion à la-

quelle le rapporteur ne peut s'associer puisque M. Le Fort citait dernièrement un cas de guérison de la paralysie musculaire par l'élongation.

M. Terrier fait un rapport sur une observation de fracture du rachis envoyée par M. Guermonprez (de Lille).

Il s'agit d'un enfant qui avait une fracture de la quatrième vertèbre lombaire avec paralysie des membres inférieurs et de la vessie et des douleurs très vives dans le point blessé et les membres inférieurs; ces dernières cessaient par la pression sur le point douloureux et l'extension aidée de la contre-extension. M. Guermonprez préconise cette manière de faire dans les cas semblables. Le rapporteur fait quelques réserves et recommande la plus grande prudence en pareil cas.

Fistule recto-vaginale inférieure. — *M. Monod* rappelle qu'il a parlé, il y a quelques mois, d'une femme qui portait une fistule recto-vaginale inférieure ou recto-vulvaire chez laquelle le procédé américain avait complètement échoué de même que les cautérisations. Il avait dit à ce moment qu'il avait l'intention d'inciser le périnée; c'est ce qu'il a fait, et il a fait ensuite la suture périnéale. La malade a parfaitement guéri.

La première tentative de ce genre a été faite par Ricord. Dolbeau aussi l'a faite. Demarquay en fit autant, mais il se contenta de réunir la plaie vaginale et laissa le périnée se cicatriser seul. C'est à M. Richet que revient l'honneur d'avoir démontré l'utilité de cette opération et d'en avoir tracé les règles. La première opération date de 1858. Ces idées ont été soutenues dans la thèse de Serres (1868) et dans une leçon clinique (1876).

Nisson, de Rostock, et Bœckenbraum l'ont aussi pratiquée à l'étranger.

MM. Le Dentu et *Labbé* se sont aussi prononcés dans le même sens.

M. Després voudrait qu'on se contentât d'appeler ces fistules des fistules recto-vulvaires.

M. Labbé répond que dans son cas ce mot n'aurait pas convenu puisque c'était réellement une fistule recto-vaginale.

M. Monod fait aussi remarquer que le malade de M. Demarquay portait une vraie fistule recto-vaginale inférieure.

M. Monod présente un fragment d'os appartenant à une énorme tumeur du maxillaire inférieur qu'il a opéré avec M. Verneuil. Il n'y avait pas d'anesthésie du menton; on pouvait se demander si la sensibilité ne venait pas du nerf du côté opposé; il n'en était rien, car le nerf a été retrouvé dans la tumeur.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion soutenue par Forget que les tumeurs dites malignes ou cancéreuses détruisent le nerf, tandis

que les tumeurs dites bénignes (sarcome, enchondrome) le respectent.

M. Bouilly lit un travail sur la corde épiploïque dans les hernies.

P. Bazy.

VARIÉTÉS

L'hôpital de Lourcine..

Nous extrayons le passage suivant d'un rapport présenté au Conseil municipal par M. le Dr Bourneville, à propos de la reconstruction des bains de l'hôpital de Lourcine.

Antérieurement à l'hôpital dont nous allons vous entretenir, il a existé un premier hôpital de Lourcine, consacré, lui aussi, aux « malades affectés du mal vénérien ». Cet hôpital, placé sous l'invocation de Saint-Martial et de Saint-Valère, était situé à l'entrée de la rue de Lourcine, du côté gauche (arrêté du 25 septembre 1559). Vingt années plus tard (arrêté du 2 janvier 1578), on y transférait l'établissement des Enfants-Rouges, parce que l'hopital de Lourcine était « désert et abandonné par mauvaise conduite, tout ruiné, les pauvres non logés et le service divin non dit ni célébré ».

Un sieur Houel, qui avait provoqué et organisé cette transformation « pour un certain nombre d'enfants orphelins », acheta vis-à-vis un terrain fort étendu qu'il destina pour la culture des plantes médicinales, tant nationales qu'étrangères. Ce terrain a été depuis agrandi par l'acquisition de maisons et jardins. C'est aujourd'hui (1782) le *Jardin des apothicaires.*

L'hôpital actuel a été installé dans un ancien couvent de Cordelières. La date de la fondation de ce couvent est fixée à 1283 ou 1284. D'après Du Breul, le chanoine Galien de Pois légua, en 1287, trois maisons « aux religieuses de l'ordre de Saint-François, nommées Cordelières », ce qui semble indiquer que, à cette époque, elles possédaient là un immeuble. Ces religieuses, établies primitivement « aux faulx bourgs de Troye en Champagne », avaient été appelées à Paris par Marguerite de Provence. Elles furent translatées aux faulx bourgs Saint-Marcel pour ce que leur première demeure estoit marécageuse....

En 1289, « les Religieuses furent mises en possession du don (de Galien de Pois)... L'an 1294, pour amplifier et accommoder le monastère desdictes Religieuses Marguerite, veufve du feu Roy S. Loys, leur donna sa maison qu'elle avoit faict bastir en ce lieu...»

En 1314, Isabelle, fille de Jean, châtelain de Nesle, et veuve de Robert de Guines, entra comme novice dans ce couvent et lui légua tous ses biens. D'ailleurs ce couvent, qui paraît avoir été particuliè-

rement protégé par les rois de France, possédait déjà des biens considérables.

Si l'on croit Lefeuve, lors des troubles occasionnés par la captivité du roi Jean, les *Cordelières de l'esglise Saincte Claire-de-Lourcine-lez-Sainct-Marcel-prez-Paris* s'étaient vues dans l'obligation de se réfugier en ville. Il en fut de même, lors du siège de Paris par Henri IV, dont les soldats campèrent à l'abbaye. Il n'y eut plus d'abbesse dans cette maison à partir de l'année 1674; mais une prieure, succédant à l'abbesse, fut pareillement élue tous les trois ans. Le prix de la pension annuelle des demoiselles, dont elles faisaient l'éducation, était de 3 à 400 livres. Des lettres patentes (juillet 1749) unirent à cette maison le couvent de la Nativité de Jésus, occupé rue de Grenelle-Saint-Germain par des religieuses de Sainte-Claire, dites les Petites Cordelières.

« Le 21 janvier 1799, dit M. H. Cocheris, Charles Douchet, religieux de l'ordre de Saint-François, déclara, au nom des sœurs, que le couvent était occupé par 18 religieuses de chœur, 8 sœurs converses, 2 pères confesseurs et 10 domestiques. La superficie du monastère occupait 12 arpents. Les revenus montaient à 23,451 liv. 3 sous 5 den. (location de onze maisons à Paris : 10,688 liv.; baux de terre et marais : 4,356 liv.; fermage de terres labourables : 3,176 liv.; rentes perpétuelles : 4,711 liv. 10 sous 7 den.; rentes foncières : 619 liv. 12 sous 10 den.). Les charges étaient de 3,696 liv. 6 sous (cens et rentes : 376 liv. 6 sous; rentes viagères : 3,320 liv.). Les religieuses avaient à recouvrer une somme de 25,667 liv. 8 den. Le 25 ventôse an IV (15 mars 1796), Mme de Warenghien, dernière abbesse (ou prieure), réclamait les arrérages de son traitement, qui ne lui avaient pas encore été payés. »

Devenu propriété nationale, ce monastère fut vendu le 24 vendémiaire an V (15 octobre 1796), à la charge par l'acquéreur de livrer le terrain nécessaire au percement de deux rues projetées. La rue Julienne aurait été ouverte le 26 janvier 1805, et ce n'est qu'en 1825, au dire de M. P. Doré, que grâce à l'initiative de MM. Marcellot et Salleron, propriétaires du domaine des Cordelières, et de M. Rougevin, architecte, le Conseil municipal décida l'ouverture de la rue Pascal.

Sous la République et l'Empire, l'ancien établissement religieux aurait servi à des manufactures, puis à une tannerie ; celle-ci aurait été transformée en maison de refuge (1825), qui a été elle-même transformée en asile pour les orphelins du choléra (1832). Enfin, l'orphelinat « que le Conseil général des hospices avait acquis en 1834 du département de la Seine » a fait place à l'hôpital de Lourcine (1836).

Les vénériens des deux sexes avaient été traités, durant long-

temps, à l'hospice de Bicêtre. Ils s'y trouvaient dans des conditions affreuses, et la Convention nationale décida qu'ils seraient transférés dans l'ancien couvent des capucins (hôpital du Midi). Ce transfert eut lieu le 12 mars 1792 pour les vénériennes, et à la fin d'août de la même année pour les vénériens.

Cette réunion des malades des deux sexes offrait, paraît-il, de nombreux inconvénients, et c'est pour les faire disparaître qu'on a décidé de dédoubler l'hôpital du Midi et de créer un établissement spécial pour les vénériennes.

« Après une longue correspondance entre l'Administration hospitalière et la Préfecture de police, écrivent Trébuchet et Poirat-Duval, il fut décidé que l'hôpital du Midi serait exclusivement consacré au traitement des hommes syphilitiques, que les femmes inscrites sur le livre de la prostitution seraient traitées à Saint-Lazare, et celles dites « du civil » dans un hôpital qui leur serait spécialement consacré. » C'est ainsi que fut choisi l'immeuble de la rue de Lourcine, qui fut rapidement approprié à sa nouvelle destination. Le nouvel hôpital fut ouvert le 27 janvier 1836.

. . . .

(A suivre.)

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Liste des candidats admis à l'emploi d'élève du corps de santé militaire et à l'emploi de stagiaire. — Médecine : A l'emploi d'élève du service de santé. — Candidats à huit inscriptions.* — Aubin (Noel-Victor-Benoit), Chevalier (Julien-Augustin-Ferdinand), Guillabert (Célestin-Alexandre-Joseph), Munschina (Constant-Jean-Baptiste-Edouard), Dalphin (Henri-Camille), Romakers (Paul-François-Tristan), Rioblan (Jean-Marie-Gustave), Cherpittel (Charles-Joseph-Victor), Simon (Alexandre-André-Octave), Herr (Jean-Xavier-Antoine), Marlier (Marie-Charles-Auguste), Guibal (Antoine-Béné), Fargin (Gabriel-Joseph), Lauradour (Marie-Albert), Darbouet (Jérôme-Ernest), Alvernhe (Joseph-Léon-Marie), Foubert (Marie-Louis-Sylvain), Douillet (Jean-Paul), Gury (Antoine-Louis-Marie-Alphonse), Leroy (François-Etienne), Galland (Charles-Paul), Delahousse (Auguste-Procope-Charles), Pelegry (Firmin-Jacques-Louis), Forestier (Jean-Baptiste-Joseph-Henri), Nabona (Eusèbe-Edmond-Marie-André-Paul), Colle (Gustave-Eugène-Jacques-Théophile), Farrat (Marie-Augustin-André), Chapard (Albert-Eugène-Joseph), Rocheblave (Jules-Léon-Henri), Lalitte (Charles-Jules), Villiers (Jean-Henri), Delarocheaulion (Jean-Marie-Joseph), Albert (Frédéric-François), Feuillade (Michel-Julien), Doublet (Raymond-Numa-Auguste), Bourdin (Louis-Marie), Thirion (Edouard-Rémy), Bourgeois (Léon-Victor-Félix-Denjamin), Pettier (Léon-Eugène), Augry (Charles-Armand), Vaisse (Louis-Célestin-Félix), Bourthoumieu (Bertrand-Bérenger), Martin (Alphonse-Vincent), Adriet (Pierre-Auguste-Joseph-Francis), Valanciau (Jules-Gérard), Monphous (André-Louis-Napoléon), Lairac (Jean-Auguste), Rouffignac (Jean), Descubes (Pierre).

Candidats à douze inscriptions. — Loison (Dominique-Edmond-Marie), Casaubon (Léon-Pierre-Sylvain), Ramey (Charles-Gaston), Brault (Jules-François-Marie-Joseph), Carton (Louis-Benjamin-Charles), Gautier (Léon-Vincent-Jean-Marie), Quéhéry (Auguste-Marie), Lejour (Honoré), Barreau (Paul-Jean-Baptiste-Henri), Camentron (Justin-Alexandre), Eymeri (Jean-Georges), Marignac (Auguste-Etienne), Drély (Emmanuel-Marie-Joseph-Isidore), Pruvost (Julien-Camille), Bourdin (Alexandre-Ernest).

Candidats à seize inscriptions. — Patenostre (Jules-Achille-Paul-Emile), Murie (Raoul-Enghérand), Girardeau (Jules-Félix-Barthélemy), Roquancourt (Pierre-Georges), Ballard d'Herlinville (Louis-Marie), Dupard (Octave-Marie-Stéphane), Bosset (Marcelin-Charles), Folliasson (Hugues-Léon), Pineau-Jules-Charles).

A l'emploi de médecin stagiaire. — Salëbert (Philippe-Albert), Genty (Louis-Fabien), Bonnery (Marie-Antoine), Ricoux (Albert-Alexandre), Tisserant (Marie-Emile-Auguste), Gaube (Joseph-Gustave-Raoul), Bernardy (Nicolas), Pesme (Jacques-Edme), Amiet (Louis-Mathieu), Mazeillé (César-Théophile), Faveret (François-Gustave), Talayrach (Joseph-Hyacinthe), Martin (Victor-Alexandre), Valissant (Paul-Charles-Athanase), Krantz (Paul-Edmond), Géhin (Marie-Auguste-Georges), Guérin (Joseph-Marie), Joire (Paul-Martial-Joseph), Martin (Jean-Victorin), Péradon (Cyprien-Marie-Gabriel), Watier (Alphonse-Charles-Alexandre), Treillet (Pierre-Joseph), Belliard (Armand), d'Audibert Caille-du-Bourguet (Joseph-Henri), Maguin (Paul-Marie-Joseph), Bernheim (Samuel), Bonjean (Marie-Joseph-Emile).

Pharmacie : A l'emploi d'élève du service de santé militaire. — *Candidats sans inscriptions.* — Fleury (Emile-Louis-Joseph), Cuminet (Emile), Charaux (Gustave-Camille), Licardy (Henri-Louis-Guillaume), Bodard (Paul-Emile), Thubert (Charles-Paul), Lafrogne (Emile-Joseph-Jules), Tardieu (Aimé-Paul-Eugène).

Candidat a quatre inscriptions. — Bonafous (Jules-Dieudonné-Samuel).

Candidat à huit inscriptions. — Fourmont (Alfred-Alexandre-Alphonse).

A l'emploi de pharmacien stagiaire. — Cabanel (Eléar-Eloi-Sylvain), Schutz (Gustave-Adolphe), Darrigau (Jean-Louis-Marie-Auguste-Albert), Bissérié (Charles-Henri).

Les élèves du service de santé devront être rendus le 10 novembre à l'hôpital militaire qui leur sera ultérieurement assigné, et les stagiaires se présenteront à la même date à M. le médecin inspecteur, directeur de l'école du Val-de-Grâce.

MALADIES DES YEUX ET DES OREILLES. — Cours public, 53, rue Saint-André-des-Arts, lundi et vendredi, à 2 heures.

M. le Dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours élémentaire et complet d'ophthalmologie à sa clinique le lundi 30 octobre, à 2 heures.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 48 MARDI 24 OCTOBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 48. Mardi 24 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. F. GUIBOUT.

Traitement général des maladies de la peau (*Suite*) (1).

Leçon recueillie et rédigée par M. Bodinier.

Traiter la diathèse, c'est bien, c'est nécessaire, mais ce n'est pas tout, il faut aussi soigner les lésions qu'elle amène. La peau, ce miroir de l'organisme, reflète d'une manière spéciale, mais infiniment variée, le trouble diasthésique; on y trouve des lésions diverses de gravité et d'aspect, et il faut à chacune appliquer un traitement approprié.

Parfois il n'y a pas à s'occuper de la lésion elle-même et il suffit de modifier l'état général. C'est le cas des colorations pigmentaires, comme le vitiligo, le lentigo, etc.; c'est parfois aussi, mais non toujours, le cas de l'érythème simple, du purpura et même de l'érysipèle de la face.

Dans les exanthèmes des fièvres éruptives, on n'a pas non plus à s'occuper des lésions cutanées; laissez-les évoluer dans une température constante et contentez-vous de surveiller l'état général pour être prêts à parer aux accidents.

Un grand nombre de lésions syphilitiques ne réclament pas davantage de traitement, et l'emploi du mercure suffit pour faire disparaître la roséole et les éruptions papuleuses et tuberculeuses. Gardez-vous également de toucher au rupia syphilitique, tant qu'il conserve ses croûtes protectrices; mais si l'ulcération reste à nu vous lamodifierez avantageusement par la teinture d'iode ou le vin aromatique.

S'il est des lésions syphilitiques que l'on peut, que l'on doit même négliger, il en est d'autres et en grand nombre qu'il faut traiter. Ainsi la syphilide verruqueuse des ailes du nez et des commissures labiales végète parfois activement et peut devenir énorme si on l'abandonne à elle-même. Il faut réprimer son excès de vitalité par des cautérisations au nitrate d'argent, au nitrate acide de mercure, à l'acide chromique, et enfin recouvrir d'emplâtre de Vigo ses végétations cautérisées.

Si, au lieu d'être végétante, la lésion syphilitique est ulcéreuse, on doit la modifier à l'aide de cautérisations au nitrate d'argent ou d'un pansement au vin aromatique. . . . .

Parmi les accidents vénériens, il en est un terrible, qui menace l'intégrité des organes, qui peut les détruire et même mettre la vie en danger : c'est le phagédénisme. Doit-on l'arrêter par les caustiques

(1) Voir *France médicale*, n° 47.

ou chercher à modifier les surfaces atteintes par de légers excitants comme la teinture d'iode, l'alun, etc.? Gardez-vous en bien, toute excitation active la marche envahissante du phagédénisme. Il faut avoir recours aux émollients et aux calmants : recouvrez l'ulcère de cataplasmes de fécule, de rapure de pomme de terre ou de carotte, donnez des bains d'amidon, et relevez par des toniques les forces du malade. Sous l'influence de ce traitement, le putrilage phagédénique disparaît, et l'on a bientôt une surface rosée qui bourgeonne et se cicatrise.

En somme dans la syphilis il faut ménager la peau, qui devient si facilement malade. Ne prescrivez donc jamais ou plutôt défendez absolument les bains sulfureux et alcalins. Evitez également, pendant l'évolution de la diathèse, de pratiquer des opérations chirurgicales de quelque importance. Enfin il est un sacrifice qu'il faut imposer au malade, mais qu'il est toujours difficile d'obtenir : c'est de cesser de fumer; les vapeurs du tabac, chargées de nicotine, la chaleur du cigare irritent le pharynx et la bouche et prédisposent aux plaques muqueuses.

S'il faut se défier des irritants dans la syphilis, il n'en est plus de même dans la scrofule. Ses lésions qui se distinguent par leur fixité de siège et d'aspect ne redoutent pas les excitants et les réclament plutôt. Comme il n'y a aucune tendance phlegmasique, il n'existe aucune raison pour employer les émollients. On a besoin plutôt d'une inflammation subaïgue qui remplace l'atonie de la lésion scrofuleuse et dans ce cas tous les topiques irritants trouvent leur indication.

Ainsi la scrofulide érythémateuse de couleur vineuse est avantageusement modifiée par les lotions astringentes ou les pommades excitantes. Je me sers avec succès de la solution suivante :

Teinture de benjoin...........	5	grammes.
Sulfure de potassium...........	5	—
Eau........................	300	—

On met une cuillerée de cette solution dans un verre d'eau chaude et l'on lotionne plusieurs fois par jour la plaque érythémateuse qui finit par disparaître.

Si la lésion est plus profonde, les lotions ne suffisent plus et il faut avoir recours aux pommades dont l'action est plus active. Vous pouvez formuler ainsi votre pommade :

Biiodure de mercure............	5	grammes.
Axonge frais..................	15	—

On obtient ainsi une pommade de couleur rouge que l'on étend sur la lésion : dès le lendemain on a une éruption d'impetigo qui va progressant. Huit jours plus tard vous combattez par des cataplasmes cette éruption artificiellement produite, et, dès quelle est passée,

vous revenez à la pommade rouge, puis aux cataplasmes et ainsi de suite. On modifie ainsi la surface malade et l'on finit par en obtenir la cicatrisation.

M. Vidal, vous le savez, a combattu avec le plus grand succès par les scarifications répétées les lésions parfois si épouvantables du lupus; j'ai appliqué sa méthode, et je n'ai qu'à m'en louer, au traitement de l'acné hypertrophique. Les scarifications amènent une déplétion des vaisseaux engorgés et la formation d'un tissu cicatriciel qui envahit et remplace les productions scrofuleuses.

Les lésions scrofuleuses ont donc pour caractère commun leur atonie et leur manque de réaction; dans l'herpétisme on ne rencontre plus cette unité de caractère, et les lésions diffèrent trop d'aspect et de nature pour que je puisse en indiquer le traitement général. Prenons pour exemple le psoriasis et l'eczéma. Le psoriasis a des squames épaisses, véritable accumulation d'épiderme sans vie; c'est la dartre morte des anciens. L'eczéma avec son derme rouge, suintant et enflammé, c'est la vie qui déborde, c'est la dartre vive des anciens. Au point de vue de la lésion le psoriasis et l'eczéma sont pour ainsi dire aux antipodes et il n'est pas difficile de comprendre combien le traitement doit différer. Dans le psoriasis, il faut exciter la vitalité de la peau par des bains et des frictions irritantes, faites avec huile de cade, acide pyrogallique, etc. Dans l'eczéma il faut réprimer l'excès de vitalité, qui est devenue inflammation, par des bains émollients, par des lotions émollientes, par des cataplasmes émollients, par des émollients sous toutes les formes.

Je vais tâcher de résumer en quelques mots ces diverses données thérapeutiques. S'il y a seulement coloration des téguments par accumulation pigmentaire, vous n'avez pas à vous en préoccuper. Si vous avez devant vous une affection aiguë et inflammatoire, ayez recours aux émollients; mais à une affection sèche, chronique et dépourvue d'inflammation, vous devez opposer les excitants. Ainsi le lichen aigu demande des émollients, le lichen sec et rugueux réclame les irritants, qui substitueront à l'épaississement pachydermique et corné de l'épiderme une peau vivante et normale, et l'on peut alors employer l'huile de cade, la teinture d'iode, ou les lotions de sublimé. Le psoriasis ne cède qu'aux irritants, et l'ichthyose s'améliore par des frictions onctueuses et détersives. L'eczéma veut avant tout un traitement antiphlogistique; d'où le succès des émollients, d'où la nécessité de la position horizontale pour les parties malades. Il est souvent utile de soustraire les parties atteintes au contact de l'air soit en conservant les croûtes spontanément formées comme dans le rupia, soit par l'application d'une couche de collodion comme dans le zona, ou d'une toile de caoutchouc comme dans certaines formes d'eczéma.

Nous en avons fini, messieurs, avec le traitement général des maladies de la peau ; nous avons vu la manière de traiter les diathèses qui les produisent et les lésions qui les constituent. Je vous exposerai dans ma prochaine leçon quelles modifications dans le traitement la considération du malade lui-même doit imposer au médecin.

Sur l'empoisonnement chronique par l'antimoine (1).

Par MM. Caillol de Poncy et Ch. Livon.

Dans le cours de nos recherches sur l'empoisonnement chronique par l'arsenic, dont nous avons déjà fait connaître les principaux résultats (*Comptes rendus*, 9 juin 1879 et 15 mai 1882), il nous a paru intéressant de comparer avec l'arsenic un corps qui offre avec lui bien des analogies, l'antimoine.

L'antimoine administré à faibles doses, pendant longtemps, peut-il amener des troubles analogues à ceux que produit l'arsenic? Tel est le problème que nous nous sommes posé et que nous sommes en mesure de pouvoir résoudre par l'affirmative.

Choisisant un composé facile à administrer et dont les effets locaux soient insignifiants, nous avons soumis un jeune chat à l'usage quotidien d'une petite quantité d'oxyde blanc d'antimoine dans du lait. Du 26 avril 1882 au 13 août de la même année, ce chat, qui pesait au début 867 gr., a absorbé, d'une façon régulière et progressive, 0 gr., 628 d'oxyde blanc.

L'état général n'a pas paru se ressentir beaucoup au début du régime suivi. L'animal n'a pas éprouvé cette période d'embonpoint par laquelle passent les animaux soumis au régime arsenical ; il est tombé peu à peu dans un état cachectique prononcé ; la diarrhée l'a pris et il a fini par succomber dans le marasme.

A l'autopsie, tous les tissus étaient pâles et décolorés ; presque tous les organes, y compris les ganglions mésentériques, présentaient les caractères dits de la dégénérescence graisseuse.

L'examen histologique du poumon, du foie, des ganglions mésentériques a donné un résultat à peu près semblable à celui que l'on a lorsque l'on observe les organes des animaux empoisonnés chroniquement par l'arsenic.

Foie. — Sur une coupe de cet organe, traitée par l'acide osmique, on reconnaît que les cellules hépatiques qui composent le lobule ont subi une altération dans leur forme ; elles sont globuleuses, certaines ont de la tendance à se fondre entre elles par la disparition de leur paroi, et presque toutes renferment des granulations grais-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

seuses abondantes. Mais ces altérations ne paraissent pas être à un degré très avancé.

Poumon.— C'est dans cet organe que les altérations prédominent. Déjà à l'œil nu la plus grande partie du poumon paraissait n'être qu'une masse graisseuse compacte, et si l'on venait à projeter un morceau de ce poumon dans l'eau, il gagnait le fond avec rapidité, comme un morceau de foie.

Les alvéoles et les lobules mêmes ne sont plus perméables, ils sont envahis par de grosses cellules dégénérées ; il en est de même des vaisseaux : c'est ce que démontre l'examen histologique. Au moyen de l'acide osmique il est facile de se convaincre que le lobule est transformé en une boule graisseuse.

Ganglions mésentériques. — Les altérations de ces organes se rapprochent beaucoup de celles produites par l'arsenic.

A la suite de l'intoxication chronique par l'antimoine, ces ganglions se présentent sous l'aspect de grosses masses caséeuses d'un blanc jaunâtre. L'examen histologique démontre, en effet, qu'ils ont subi la dégénérescence graisseuse, et surtout à leur partie périphérique ; la dégénérescence ne se borne pas là, elle atteint le ganglion tout entier.

Les cellules laissent apparaître dans leur contenu d'abondantes granulations graisseuses.

Si l'on rapproche ces résultats de ceux qui ont été déjà signalés dans l'empoisonnement chronique par l'arsenic, on ne peut que constater une grande analogie entre le processus morbide déterminé par l'arsenic et celui qui est déterminé par l'antimoine, lorsque ces deux substances sont administrées de façon à produire une intoxication lente (1).

Dans une prochaine note, nous donnerons les résultats fournis par l'analyse chimique.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement des lombrics. — M. Archambault donne, pour débarrasser les enfants des lombrics, les indications suivantes.

Les lombrics habitent l'intestin grêle et ne causent guère d'accidents que lorsqu'ils sont excessivement nombreux : ce fait ne se produit guère en France ; il n'en est plus de même dans certains pays. C'est ainsi que M. Archambault fut appelé un jour par une famille arrivant directement du Brésil ; un des enfants était en pleines convulsions, un autre était atteint de vomissements et de diarrhée ; le troisième commençait à se plaindre. La situation eût été des plus

(1) Travail du laboratoire d'Histologie de l'Ecole de Médecine de Marseille.

embarrassantes, si l'enfant atteint de vomissements et de diarrhée n'eût expulsé ainsi des lombrics; dès lors, on administra à ces enfants du calomel : le lendemain ils avaient rendu des lombrics en quantité prodigieuse. Contre les lombrics, les médicaments sont nombreux : poudre de valériane (2 à 4 gr.), aloès, jalap, térébenthine, ou encore :

Suie de bois	8 grammes.
Café torréfié	15 —
Eau	150 —

Le calomel (0,15 à 0,30 centigr.); le semen contra; on le donne à la dose de 1 à 5 gr., en poudre, mélangé avec du miel. La santonine est le principe actif du semen contra; et pourtant elle est moins efficace. On la trouve dans les pharmacies sous forme de tablettes et de biscuits, mais dans ces préparations elle est souvent mal répartie : il vaut mieux la formuler. On la donnera par paquets de 0,025 milligr. à 0,05 centigr. et on donnera autant de paquets que l'enfant a d'années. Ainsi, à un enfant de 4 ans, on donnera quatre paquets de 0,025 milligr. Au bout de deux ou trois jours, on termine par une injection.

La mousse de Corse se donne à la dose de 1 à 2 grammes par jour dans du lait. On peut l'associer au semen contra de la manière suivante :

Mousse de Corse	1 gramme.
Semen contra	1 —
Poudre de rhubarbe	0,10 à 0,20 centigr.

dans du miel.

Le sirop de Boullay a joui d'une certaine réputation. Voici sa composition :

Mousse de Corse	15 grammes.
Vin blanc	25 —
Sucre	100 —
Alun	0,10 centigr.
Cochenille	0,05 —

Une à deux cuillerées à bouche le matin dans du lait.

BIBLIOGRAPHIE

Du rôle de la dentition dans la pathologie infantile, par le Dr *A. Zinnis*, professeur à l'Université d'Athènes, broch. in-8°, 16 pages. Athènes, C. N. Philadelphien, 1882.

Directeur de l'hospice des Enfants-Trouvés d'Athènes, M. Zinnis a depuis longtemps étudié l'influence de la dentition sur les maladies

graves de l'enfance et son mémoire a pour but d'exposer les conclusions négatives auxquelles il est arrivé. Il a fait le relevé de 2,662 décès causés par la diarrhée, les convulsions, la méningite aiguë ou des maladies aiguës des organes respiratoires. De cette analyse il résulte que la mortalité causée par ces maladies va diminuant très sensiblement à chaque période semestrielle de la vie de l'enfant, tandis que, si la dentition exerçait une influence sérieuse sur les maladies, la mortalité devrait au contraire présenter une augmentation notable, au moins pendant le second et le troisième semestre, alors que la dentition se trouve dans toute sa vigueur. L'argument de M. Zinnis est, il est vrai, assez spécieux; pour bien d'autres raisons, la mortalité des enfants diminue à mesure qu'on s'écarte de leur naissance; on ne saurait comparer un nouveau-né à un enfant qui est déjà dans sa seconde année, et c'est seulement parmi les enfants ayant dépassé une certaine limite que l'on peut chercher les éléments d'une statistique raisonnable.

M. Zinnis admet d'ailleurs que la dentition agit comme cause prédisposante à la diarrhée des enfants dont un grand nombre est légèrement atteint ; mais pour produire une grave diarrhée, dit-il, il faut deux facteurs : la température élevée de l'atmosphère, le sevrage prématuré et l'alimentation des enfants par des substances peu propres à leur âge. Dans des cas rares, la diarrhée qui accompagne une dentition laborieuse, manifestée par une stomatite aiguë, provient immédiatement de celle-ci et présente un caractère très grave.

L'auteur n'a pu trouver aucune relation entre la dentition et les maladies du système nerveux ; aussi écrit-il au début de son travail, parodiant le mot de Baglivi : *Athenis scribo* et *in aëre atheniensi*. Dans cet heureux pays, en effet, les hommes ne boivent que du vin et l'ivresse est très rare. Les femmes en général n'en boivent pas et, dans les classes élevées de la société, ce n'est que sur la prescription du médecin qu'elles en font un usage très modéré. Les femmes qui allaitent s'abstiennent complètement du vin tant elles craignent qu'il n'ait une influence pernicieuse sur leurs enfants.

L'hystérie de même est une maladie relativement rare à Athènes et l'helminthiase s'y observe peu souvent. Ces faits expliquent la rareté des maladies du système nerveux dans cette ville.

L'influence de la dentition sur les maladies aiguës des organes respiratoires se réduirait à ceci : Quand ces maladies se développent chez des enfants qui ont une dentition difficile, elles sont beaucoup plus graves que dans les cas ordinaires, à cause de l'irritabilité notable du système nerveux et des phénomènes nerveux qui en sont la suite.

Il y a souvent une toux légère et peu incommode chez les enfants

en dentition, mais, dans ce dernier cas, l'auscultation ne fait découvrir aucun phénomène morbide.

Ce petit travail contribuera certainement à éclaircir un point encore obscur de la pathologie. A. Ch.

VARIÉTÉS

L'hôpital de Lourcine (*Suite et fin*).

L'hôpital de Lourcine reçoit des enfants à partir de 2 ans et les femmes de tout âge. Parmi les malades, on rencontre quelquefois des jeunes filles de 13 à 15 ans, atteintes d'affections vénériennes. Un grand nombre d'entre elles s'adonnent à la prostitution clandestine. Parfois, on découvre parmi les malades des prostituées de province, venues à Paris pour se faire soigner et admises grâce à une fausse déclaration. Quand leur identité est reconnue, on les maintient par mesure de salubrité publique; mais elles sont signalées à l'Administration pour qu'elles soient rapatriées ou confiées à la surveillance de la préfecture de police.

Les malades vont se promener dans les préaux de 11 heures du matin à 1 heure de l'après-midi, et de 5 à 7 heures du soir. Elles sont surveillées par une infirmière-suppléante, qui est également chargée de la surveillance du service des bains.

Les malades travaillent à l'ouvroir au raccomodage des effets d'habillements de la maison. Elles sont payées à raison de cinq centimes l'heure: mince salaire, mais aussi mince travail. Dans les salles, elles travaillent à la pièce; elles sont payées suivant le tarif réglementaire. Autrefois, l'ouvroir confectionnait pour le magasin central des hôpitaux, et le produit de ce travail figurait dans les comptes de l'Administration; le travail est facultatif.

Elles fréquentent la chapelle, surtout au moment du salut, à cause du chant des cantiques, auxquel elles prennent part... et en y mêlant des chansons. On reconnaît communément que les malades se rendent à la chapelle plutôt par distraction que par esprit religieux.

Il existe à l'hôpital une cantine où les malades peuvent se procurer des objets de mercerie, de toilette, de la papeterie, des sucreries, etc.

Les malades de Lourcine ne sont pas toujours faciles à diriger, et, afin de maintenir l'ordre, on a recours à diverses punitions: privation de parloir, — elles sont très sensibles à ce genre de punition — privation de promenoir; — privation de vin: c'est une punition que peuvent infliger les médecins; le directeur ne l'applique que dans le cas d'ivresse manifeste, à la suite de vol ou d'achat de por-

(1) V. *France médicale*, n° 47.

tions de vin des autres malades. Nous avons dit que le cachot ne servait plus.

Les malades sont appelées au parloir dans les conditions que nous avons décrites, et seulement auprès des personnes qui ont donné le nom de la malade, celui de la salle et le numéro du lit. Elles peuvent recevoir leurs parents et leurs enfants dans la salle, quand un bon du médecin établit que leur état de santé ne leur permet pas de se rendre au parloir. — Aucun renseignement n'est fourni aux personnes qui ne sont pas fondées à en demander.

Un fait de rébellion a nécessité, il y a quelques années, l'intervention des agents et l'arrestation de quelques malades.

En dépit de la surveillance, il s'établit des intimités fréquentes entre les malades. La tribadie et le saphisme sont communs. D'après les renseignements administratifs, concordant avec les constatations des médecins, 75/100 des malades peuvent être considérées comme se livrant à des actes de cette nature.

Les femmes prostituées, inscrites à la police, s'introduisent parfois comme malades libres, sous un nom d'emprunt et font dans les salles le recrutement pour les maisons publiques. Au parloir, le jeudi et le dimanche, le recrutement était fréquent autrefois ; malheureusement, il est encore possible aujourd'hui. Enfin, les souteneurs hantent les environs de l'hôpital pour attendre la sortie des malades et ils peuvent aussi s'introduire au parloir, aucune règle d'exclusion n'existant et ne pouvant d'ailleurs être formulée.

Nous avons dit, dans un autre rapport, que l'Administration n'accordait aucun secours aux malades à la sortie et nous vous avons demandé d'inviter l'Administration à être plus secourable. Elle s'est rendue à ce désir, dans une mesure bien modeste, et, depuis le 1er janvier de cette année, une somme de 300 francs a été mise à la disposition du directeur pour secours maximum de 5 francs, à distribuer aux sortantes sans ressources et sans asile.

Les asiles de convalescence sont fermés aux malades de Lourcine, sauf dans des cas très exceptionnels (deux nourrices saines avec leur enfant convalescent, depuis 1879). De ce côté, encore, il nous semble qu'on pourrait faire mieux.

NÉCROLOGIE

Le Dr Gustave Puel, professeur agrégé et chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, est mort le 14 octobre à Figeac, à l'âge de trente-un ans. M. G. Puel était le neveu du Dr Puel, de Paris.

Le Dr Weisgerber (Guillaume), vient de mourir à Ribeauville, à l'âge de 63 ans.

NOUVELLES

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (tableau des actes du 23 au 28 octobre 1882) — *Mardi* 24. — Doctorat, 4e : MM. Ball, Brouardel et Hallopeau.

Mercredi 25. — Doctorat, 1er (nouveau régime, physique, chimie, histoire naturelle): MM. Gariel, Hanriot et Bocquillon. — 1er (nouveau régime, physique, chimie, histoire naturelle): MM. Baillon, Regnauld et Henninger. — 4e : MM. Charcot, Potain et Straus.

Vendredi 27. — Doctorat, 3e : MM. Baillon, Henriot et Gay.

Samedi, 5. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses): Composition écrite.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — Dans sa séance du 19 octobre, le Conseil d'hygiène et de salubrité près la Préfecture de Police, a approuvé le questionnaire ci-après, qui va être envoyé aux Commissions d'hygiène et de salubrité de Paris et de la banlieue, ainsi qu'au corps médical.

1° CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Quelles sont les causes générales qui ont pu influer sur l'épidémie de fièvre dans l'arrondissement ? (Considérations météorologiques, telluriques, etc..., encombrement, etc.).

Peut-on suivre une filiation dans les cas observés ?

2° CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES A CHACUN DES CAS.

A. — Examen des localités.

Etat de la chambre.

Le malade demeure-t-il en garni ?

Combien de personnes couchent habituellement dans sa chambre ?

Cette chambre est-elle salubre ?

A quel étage se trouve-t-elle?

Est-elle en façade sur la rue ?

Etat de la maison.

D'où provient l'eau consommée habituellement dans la maison. Cette eau est-elle filtrée ?

La maison est-elle en bon état d'entretien ?

Ses cours intérieures sont-elles en bon état ? (amas d'immondices, résidus industriels ou autres causes d'insalubrité).

Comment se fait l'écoulement des eaux de la maison ? (souterrainement ou par puisard, ou par ruisseau).

Dans quel état sont les latrines ?

Quel est le système de vidange en usage ? (fosses fixes, fosses mobiles, système diviseur, etc.).

Etat de la rue.

La rue est-elle pavée, bitume ou macadamisée ? Quelle est sa largeur ?

Est-elle pourvue d'égout ?

A quelle distance la maison se trouve-t-elle des bouches d'égout ? Ces bouches d'égout répandent-elles de l'odeur ?

Etat des ruisseaux de la rue ?

Exécute-t-on des terrassements importants dans la rue ou dans le voisinage? A quelle distance?

B. — Examen de l'individu.

Examen du malade.

Sexe, âge, état civil et profession?

Nationalité. Lieu de naissance.

Depuis combien de temps le malade est-il à Paris?

Quelles sont les causes qui ont pu influer sur le développement de la maladie? (fatigues physiques, émotione morales, changement d'habitude et de régime, etc.).

C. — Mode de contagion.

Recherche du mode de contagion.

A-t-il existé précédemment dans la maison ou dans son voisinage des cas de fièvre typhoïde? Leur nombre, leur date. Préciser la date du dernier cas.

Le malade a-t-il été en contact avec un individu atteint de fièvre typhoïde?

La transmission a-t-elle pu être faite par des déjections, des linges souillés par des matières, etc.?

Le Conseil d'hygiène et de salubrité serait reconnaissant aux Commissions d'hygiène et aux médecins traitants de lui fournir tous autres renseignements qu'ils jugeraient utiles concernant l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Une *instruction* sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde est, d'autre part, approuvée par le Conseil d'hygiène, et elle va être distribuée dans les immeubles où la maladie s'est produite.

Voici cette instruction :

Lorsqu'un malade est reconnu atteint de fièvre typhoïde, il convient de prendre les mesures hygiéniques suivantes :

1° *Isolement.*

Le malade doit être isolé, autant que possible, des autres habitants de la maison.

Si le local ne permet pas un isolement suffisant, il est préférable de transporter le malade à l'hôpital.

Si le malade reste dans son domicile, les personnes nécessaires pour lui donner des soins doivent seules pénétrer dans sa chambre, dont l'entrée est sévèrement interdite aux enfants et aux jeunes gens.

Les personnes soignant le malade font bien de se laver à l'eau phéniquée (10 grammes par litre d'eau).

2° *Aération de la chambre.*

La chambre doit être facile à aérer. Les tentures, rideaux et tapis doivent en être retirés. Le lit doit, autant que possible, être placé au milieu de la chambre.

3° *Désinfection des déjections.*

Toutes les déjections du malade, avant d'être portées de la chambre aux latrines, doivent être désinfectées au fur et à mesure, par une solution

de chlorure de zinc (50 grammes par litre d'eau). Cette solution sera également employée à laver largement les latrines chaque fois que des déjections y seront jetées.

4° *Désinfection des vêtements.*

Tous les vêtements de corps, tous les linges de literie ayant servi au malade, doivent, avant leur enlèvement de la chambre, être plongés dans une solution d'acide phénique (20 grammes par litre d'eau); ils seront immédiatement donnés au blanchissage.

5° *Assainissement de la chambre.*

Lors du départ ou de la guérison du malade, on placera dans la chambre, sur un lit de sable, une terrine contenant quelques charbons allumés sur lesquels on mettra une quantité de soufre concassé proportionnelle à la capacité de la pièce (20 grammes par mètre cube). La chambre restera fermée vingt-quatre heures. Passé ce délai, les objets de literie et vêtements contenus dans cette chambre devront être nettoyés avec le plus grand soin.

La chambre sera largement lavée ou lessivée à l'eau phéniquée (Vingt grammes par litre d'eau).

Cette chambre ne sera réhabitée qu'après avoir été aérée pendant au moins une semaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décrets en date du 21 octobre 1882, rendus sur l'instruction publique et des beaux-arts :

M. Caseneuve (Paul), agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de chimie organique et toxicologie à la faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon (chaire nouvelle).

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A AUXERRE. — La fièvre typhoïde sévit en cette ville avec une certaine gravité. Il y a eu beaucoup de malades, 2,000 cas environ sur 16,000 habitants. Jusqu'à présent, on compte 100 décès. L'épidémie entrerait en décroissance.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 13 *au* 19 octobre 1882. — Fièvre typhoïde, 244. — Variole, 8. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 28. — Phthisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 71.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 47.

Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 25. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 31; inconnu, 8. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 84; l'appareil circulatoire, 69; l'appareil respiratoire, 61; l'appareil digestif, 68; l'appareil génito-urinaire, 22; la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 4; fièvre infectieuse, 4; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 11. — Nombres absolus de la semaine, 1111.

Résultats de la semaine précédente : 1174.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

REGIE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE
PARIS, DÉPARTEMENTS ET ÉTRANGER
BUREAUX ET ADMINISTRATION
6, *rue Git-le-Cœur*, *PARIS*.

Vingt-Neuvième Année — Tome II. N° 49 Jeudi 26 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 49. Jeudi 26 Octobre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 25 octobre 1882.

L'épidémie de fièvre typhoïde est en pleine décroissance. Beaucoup de malades sont encore en traitement et il est possible que la statistique municipale nous indique encore à la fin de cette semaine un nombre de décès considérable, mais les cas nouveaux deviennent de plus en plus rares et il est probable que d'ici deux ou trois semaines l'état sanitaire de Paris sera redevenu ce qu'il était auparavant. Aussi, devant cette épidémie qui s'en va, l'Académie et l'Assistance publique sont maintenant prises d'un beau zèle ; peut-être le gouvernement lui-même se décidera-t-il à ordonner des mesures énergiques quand l'épidémie aura complètement disparu. Au moins les morts dormiront tranquilles dans leurs tombe en se disant que leur trépas n'aura pas été inutile pour leurs neveux.

L'honnête M. Marjolin est venu rappeler hier à l'Académie qu'on n'applique plus la loi sur les logements insalubres, et d'autre part il a tenu à montrer que les instructions sur la fièvre typhoïde, rédigées par le con seil d'hygiène publique et de salubrité, étaient inapplicables dans la plupart des cas. Nous avons publié ces instructions dans notre dernier numéro, p. 574 et 575; peut-être n'est-il pas inutile d'ajouter que le questionnaire dont il est parlé et qui devait être envoyé à tous les médecins de Paris n'est encore parvenu à aucun des confrères que nous avons pu interroger. On attend sans doute pour cela la fin de l'épidémie.

La critique de ces instructions était facile. M. Marjolin n'a pas eu de peine à montrer que l'isolement des malades devait être forcément illusoire lorsque la même chambre est habitée par le père et la mère et cinq ou six enfants. Le transport à l'hôpital n'est pas toujours possible et d'ailleurs, au plus fort de l'épidémie, nous avons vu refuser à l'hôpital, par manque de place, des malades qui étaient en pleine fièvre typhoïde et qui n'ont pu entrer que par l'intermédiaire du commissaire de police.

Enfin ce transport à l'hôpital est-il toujours désirable et le milieu créé par l'accumulation d'un grand nombre de typhiques n'est-il pas propre à augmenter l'intensité de la maladie chez beaucoup d'entre eux ? Ce dernier point, fort important, pourrait être élucidé en partie par une statistique comparative des malades soignés à domicile et des malades soignés dans les hôpitaux; pour les malades soignés à domicile on pourrait au moins prendre une catégorie, celle des malades qui réclament les soins des médecins des bureaux de bienfaisance.

M. Larrey a répondu, au nom du conseil d'hygiène, aux critiques de M. Marjolin. Assurément, dit-il, les instructions formulées ne sont point parfaites et ne sont pas toujours applicables; mais, dans la longue discussion qu'il a eue à ce sujet, le conseil a dû tenir compte d'un grand nombre d'impossibilités dont M. Marjolin ne se soucie pas suffisamment; d'ailleurs il a fait ce qu'il a pu et les instructions formulées donneront de bons résultats dans les cas au moins où elles seront applicables.

Bien d'autres questions ont été soulevées à propos de la fièvre typhoïde, par exemple au sujet de son étiologie. Sur ce point on sait peu de choses. Comment naît la fièvre typhoïde? Est-elle réellement contagieuse? Comment se communique-t-elle? Autant de points qui menacent de rester assez longtemps sans réponse ou plutôt de provoquer une foule de réponses contradictoires. Cependant il n'est peut-être pas prudent d'accumuler les éléments qui peuvent entrer dans son étiologie.

Ceux de nos confrères qui mènent dans Paris la dure existence du médecin praticien et parcourent chaque matin les divers quartiers de la capitale, savent quel bouleversement s'opère depuis quelques semaines dans la plupart de nos rues. Que de rues barrées, effondrées et dans lesquelles les terrassiers lancent abondamment aux vents du ciel les miasmes accumulés depuis longues années! Ces nombreux travaux sont-ils absolument inoffensifs pendant l'épidémie actuelle? Du moins est-on tellement certain de leur innocuité qu'on ne croit pas devoir les arrêter provisoirement? Peut-être ici encore se propose-t-on d'attendre la fin de l'épidémie.

Au conseil municipal, dans la séance du lundi 23 octobre, M. Quentin, directeur de l'assistance publique, a fait une longue communication sur le même sujet. L'activité de l'administration est maintenant prodigieuse; M. Quentin a pu organiser depuis quelques semaines 1495 lits supplémentaires. Ainsi tout est prêt maintenant pour les épidémies futures.

Une autre question s'est greffée sur la première : c'est l'encombrement permanent des hôpitaux par un grand nombre de malades chroniques et d'infirmes qui ne devraient pas y rester. Les hôpitaux actuels seraient sans doute suffisants dans la plupart des cas, si on ne les détournait pas constamment de leur destination en les transformant en hospices; mais alors il faut créer des hospices, et c'est assurément ce qui manque le plus à Paris.

AMAND CHEVALLEREAU.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite (*Suite*),

Par M. L. Martineau,
Médecin de l'hopital de Lourcine.
Recueillies par M. Hamonic,
Interne du service.

Messieurs,

L'étiologie de la métrite comporte la résolution de trois diagnostics : 1° Diagnostic de la maladie générale qui prépare le terrain et le rend propre au développement de l'affection utérine. C'est le *diagnostic nosologique.* 2° Diagnostic de la cause qui appelle sur l'utérus les manifestations de la maladie générale. C'est le *diagnostic pathogénétique.* 3° Enfin, diagnostic de la lésion considérée isolément et indépendamment des conditions où elle s'est développée. C'est le *diagnostic anatomique.*

Les gynécologistes ont toujours eu le tort de négliger les deux premiers pour ne s'occuper que du dernier. Ils ont trop vu la lésion ; ils ont négligé complètement le terrain sur lequel elle évolue, et les conditions étiologiques qui président à son évolution. Aussi ont-ils éprouvé souvent des insuccès et ont-ils considéré la métrite comme une affection incurable.

Permettez-moi donc d'insister sur ces divers points trop négligés encore de nos jours, car de leur connaissance découle une thérapeutique vraiment efficace des affections utérines.

Examinons tout d'abord les causes de la métrite. Cette affection se développe sous l'influence d'une maladie constitutionnelle diathésique ou d'un traumatisme. De là, deux classes de métrite : 1° *métrite constitutionnelle ; 2° métrite traumatique.*

Les maladies générales constitutionnelles ou diathésiques qui produisent la métrite constitutionnelle sont la scrofule, l'arthritis, l'herpétis, la chlorose, la syphilis. J'y joins la tuberculose et le cancer. Ces maladies jouent le rôle de causes prédisposantes générales. Elles agissent en modifiant peu à peu la vitalité ou la structure de l'organe. Leur action est souvent lente, mais elle est toujours certaine et continue. Il ne faut qu'une cause nocive occasionnelle déterminante pour faire éclater l'affection utérine.

La scrofule est de toutes les diathèses celle qui porte le plus souvent son action sur l'utérus. Dans mon service, la métrite scrofuleuse est des plus fréquentes. Tantôt elle est simplement catarrhale,

(1) Voir *France médicale*, n° 46.

tantôt elle résulte d'une éruption érythémateuse ou vésiculeus (eczéma, herpès). Ces éruptions, *véritables scrofulides*, sont analogues à celles qui surviennent sur la peau, sauf que jamais elles revêtent le caractère malin. La métrite scrofuleuse est torpid, sans réaction. La leucorrhée est très abondante, les tissus énormément hypertrophiés.

L'arthritis donne lieu à une métrite ordinairement congestive, accompagnée le plus souvent de granulations intra-utérines, et parfois d'éruptions herpétiques, eczémateuses du col, coïncidant avec des éruptions diverses développées sur le vagin, la vulve ou la peau. La méthrite arthritique est irritable, offre une vive réaction, s'accompagne souvent de ménorrhagies. Ses allures sont brusques. E s'exaspère au moment d'une attaque de rhumatisme. Qulquefois il a balancement entre la manifestation articulaire et la manifestation utérine.

L'herpétis, que vous le considériez comme une maladie constitutionnelle dégénérée, résultant de l'alliage de l'arthritisme et de la scrofule, que vous le considériez comme servant de transition entre les maladies constitutionnelles primitives et les diathèses cancéreuses, tuberculeuses, etc., qui ne seraient que des maladies ultimes, détermine sur l'utérus des fluxions, des inflammations simples, ou des éruptions diverses parfois suivies d'ulcérations. Souvent on observe la coïncidence d'autres manifestations herpétiques. Cette variété de métrite est beaucoup plus rare que les formes précédentes.

La syphilis agit ou bien en produisant une altération directe du tissu utérin, ou bien en faisant éclore chez une femme diathésique les manifestations jusqu'alors latentes de son état constitutionnel.

L'influence de la *chlorose* ne peut être révoquée en doute, si l'on observe combien est fréquente la métrite chez la jeune fille vierge dont le sang est pauvre en globules.

Quant à l'influence des *néoplasmes cancéreux* ou *tuberculeux*, vous pouvez trop souvent la constater pour que j'aie besoin d'y insister.

Les maladies générales que je viens de signaler peuvent se développer d'emblée sur l'utérus, sans qu'il soit besoin du concours d'autres circonstances accessoires. La métrite constitutionnelle est *protopathique* ou *primitive*. D'autres fois la diathèse est appelée sur l'utérus par une cause locale, physiologique ou traumatique. La métrite constitutionnelle est *deutéropathique* ou *secondaire*. Les cas si fréquents de métrite survenant chez la jeune fille non menstruée est la preuve certaine de l'existence de la métrite constitutionnelle protopathique. Quant aux causes déterminantes occasionnelles qui provoquent le développement de la métrite constitutionnelle deuté-

ropathique, elles sont nombreuses et variées. On peut les diviser en causes prédisposantes locales et en causes traumatiques: Les premières sont liées aux fonctions physiologiques de l'organe, à sa situation déclive dans le petit bassin. Les deuxièmes agissent par une action physique sur l'utérus.

Dans le premier cas, vous vous rendez facilement compte de ce qui arrive si vous vous rappelez cette loi de pathologie générale : l'exagération des fonctions physiologiques d'un organe appelle sur cet organe les manifestations de la maladie constitutionnelle ou diathésique. C'est ainsi qu'une pharyngite, qu'une laryngite arthritique, scrofuleuse, etc., etc, se développent de préférence chez l'individu qui fait des efforts de voix, qui fait des excès de boissons, qui fume avec excès. Le même phénomène a lieu pour l'utérus. Comment en serait-il autrement alors que cet organe possède des fonctions physiologiques aussi importantes.

Au moment où la menstruation s'établit, se développe, l'utérus, vous le savez, se congestionne fortement. La circulation utéro-ovarienne s'active, et tous les mois, à partir de ce moment, la menstruation s'accompagne d'une profonde modification de la circulation et de la vitalité des éléments. Aussi voyez-vous chez la jeune fille, la métrite contitutionnelle débuter souvent avec l'instauration menstruelle.

La grossesse amène des perturbations bien plus accentuées encore. La congestion est énorme, tous les éléments s'hypertrophient, et l'accouchement, même le plus normal, produit des contusions, des déchirures, et une plaie placentaire qui sont plus que suffisantes pour faire éclater la métrite constitutionnelle. Lorsque ces fonctions physiologiques s'accomplissent régulièrement, l'utérus peut échapper et échappe souvent à l'inflammation. Mais que la femme commette une imprudence au moment de la période menstruelle, et surtout après l'accouchement, que les règles soient supprimées brusquement, que l'involution utérine ne soit pas achevée, l'utérus reste congestionné, l'inflammation se développe. Aussi ne sauriez-vous trop recommander à une femme, atteinte d'une maladie constitutionnelle ou diathésique, de prendre, pendant la période menstruelle, les plus grandes précautions, d'observer scrupuleusement l'écoulement sanguin, d'en noter les plus légères modifications. Vous ne saurez trop recommander de même à la nouvelle accouchée de garder un repos complet pendant tout le temps que dure le travail d'involution de l'utérus, c'est-à-dire pendant cinq semaines au moins. Rien n'est plus dangereux de limiter à neuf jours, suivant l'habitude populaire, la durée du repos que les femmes prennent après leur accouchement. Si les simples fonctions physiologiques suffisent pour produire le développement de la métrite constitutionnelle, à plus forte raison

cette inflammation se développe, s'il survient après l'accouchement des accidents divers, tels que rétention du placenta, suppression des lochies, inflammation de la plaie placentaire, ou si l'accouchement a nécessité des opérations obstétricales (version, forceps

La situation déclive de l'utérus en le prédisposant aux congesti. est encore une cause favorable au développement de la métrite constitutionnelle.

Les gynécologues ont prétendu que la métrite était liée à l'ovulation, que les troubles ovariques étaient une des grandes causes de la métrite. Je ne puis accepter cette opinion. Pour moi les troubles utéro-ovariens sont comme la métrite sous l'influence de l'état diathésique. La preuve en est dans la métrite qui se développe chez l'enfant, chez la jeune fille avant la menstruation, alors qu'il n'y a pas encore trace d'ovulation. Le plus souvent alors la scrofule, l'arthritis, la chlorose sont les causes générales qu'il faut invoquer. Aussi méfiez-vous des faits où l'on vous dit que la métrite amène la chlorose à sa suite. Pour être dans le vrai, il faut renverser cette proposition. Elle produit de l'anémie mais non la chlorose. Sous l'influence de cette maladie générale, des altérations de circulation, de nutrition se produisent dans l'utérus et la métrite se développe. Vous observez la même action que pour les autres maladies générales constitutionnelles.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1882. — Présidence de M. HARDY.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté ayant pour devise « confiance », mais sans nom d'auteur. Le dépôt n'est pas accepté; 2° un mémoire pour le prix Saint-Paul.

M. Bergeron présente, de la part de M. le Dr Saint-Martin, de Ris-Orangis, un travail manuscrit sur une forme particulière de gazomètre propre à divers usages médicaux ou physiologiques.

M. Villemin communique une observation due à M. Véron, médecin militaire. Il s'agit d'un malade atteint d'un abcès du foie. M. Véron fit avec le thermo-cautère une ouverture de 6 centimètres par laquelle il s'écoula deux litres d'un pus de couleur chocolat; il fit des lavages à l'eau phéniquée et appliqua un pansement de Lister. Au bout de 48 heures se déclarait une péritonite à laquelle le malade a succombé. A l'autopsie on constata qu'il n'y avait pas d'adhérences péritonéales.

M. Rochard fait remarquer que M. Véron a commis une faute

grave et qu'il aurait dû attendre la formation des adhérences avant de faire la ponction.

M. M. Perrin présente de la part de M. le Dr Jacob, médecin principal, un instrument destiné à faire des injections dans l'oreille moyenne.

M. L. Colin présente : 1° de la part de M. Geschwind, médecin major de 2e classe, la *relation d'une épidémie de scarlatine* observée au 6e bataillon de chasseurs à pied à Romorantin ; 2° de la part de M. le médecin major Sorel, un troisième mémoire sur la *glycosurie chez les paludiques* ; 3° au nom de M. le médecin principal Th. Reeb, le rapport d'ensemble *sur le service médical de l'hôpital thermal de Bourbonne* pendant l'année 1881.

M. Larrey présente de la part de M. Pasteur et de M. Chaland un travail manuscrit *sur l'hygiène de la ville de Perpignan.*

M. Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie le questionnaire sur l'épidémie de fièvre typhoïde rédigé par le conseil d'hygiène du département de la Seine.

M. Dujardin-Beaumetz présente également de la part de M. le Dr Maurice Dupont un appareil portatif destiné à faire à volonté de l'air raréfié et de l'air comprimé.

M. Jaccoud présente de la part de M. le Dr Lautrey, de Cousance (Jura) la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans le canton pendant l'année 1881 et au commencement de l'année 1882 (Comm. des épidémies).

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — *M. Marjolin* désire rappeler l'influence des logements insalubres sur les épidémies de fièvre typhoïde; il veut montrer en outre l'insuffisance des moyens offerts par l'Assistance publique dans les épidémies comme celle qui vient de sévir.

La cité des Kroumirs a été démolie grâce à l'énergique rapport de M. Dumesnil, mais la cité Doré existe encore dans le même état.

Les recommandations formulées par le conseil d'hygiène publique et de salubrité sont illusoires ; elles ne pourraient être mises en pratique que dans les familles aisées. M. Marjolin cite le cas d'une famille composée du père de la mère et de cinq enfants qui tous habitaient une même chambre; dans cette chambre était une jeune fille de 14 ans, morte depuis vingt-trois heures de la fièvre typhoïde, un autre enfant de 10 ans avait également la fièvre typhoïde. Les moyens de désinfection sont inapplicables en pareil cas, ainsi que M. Marjolin le prouve par quelques autres exemples. L'isolement de même ne saurait être obtenu. Avec la saleté dans laquelle vivent tant de gens, il est inutile de se demander après cela d'où naissent les épidémies.

Que faire ? Après le clergé il n'est pas de puissance plus grande

que celle des médecins ; il n'est rien que ne puissent faire les médecins, lorsqu'ils ont l'oreille du gouvernement.

M. Larrey. M. Marjolin aurait pu s'éviter les détails dans lesquels il vient d'entrer, s'il avait assisté à la dernière séance du conseil d'hygiène et de salubrité. Tout a déjà été dit dans cette dernière séance, et c'est après beaucoup de discussions, beaucoup d'objections que l'on a formulé les moyens les plus pratiques de parer à l'épidémie actuelle. Malheureusement M. Marjolin n'a pas tenu compte de beaucoup d'impossibilités d'exécution. M. Larrey a insisté beaucoup pour que la loi sur les logements insalubres fut exécutée.

M. Lagneau est un peu le promoteur de ces instructions. Il est regrettable que la loi sur les logements insalubres ne soit pas appliquée, mais il est plus regrettable encore que les commissions d'hygiène d'arrondissement n'aient aucune autorité. Les instructions qui ont été rédigées sont au moins applicables aux hôtels meublés qui sont sous la dépendance de la Préfecture de police et qui sont d'importants foyers d'épidémie. M. Lagneau indique diverses mesures qui pourraient être prises par l'administration, comme le transport des malades et la fourniture gratuite des désinfectants. M. Lagneau signale en même temps l'influence déplorable de quelques casernes, comme la caserne Dupleix et la caserne de l'Ecole militaire.

M. Boulcy pense que le Conseil municipal devrait faire un emprunt, s'il le faut, pour donner des logements sains et des jardinets aux familles pauvres. Depuis qu'on a démoli dans Paris quelques rues où se logeaient des ouvriers, beaucoup d'individus ont été refoulés à la périphérie où grouille maintenant une sorte de vermine qui est un danger et une honte pour Paris.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle qu'on sait encore très peu de chose sur la contagion de la fièvre typhoïde ; il y a toujours eu à Paris des logements insalubres et des familles pauvres, et la terrible épidémie actuelle ne date que de peu de temps.

M. Perrin. M. Lagneau semble penser que la fièvre typhoïde a trouvé un de ses moyens de propagation dans l'état de nos casernes et de nos hôpitaux. M. Lagneau s'exagère beaucoup l'état des choses; à la caserne Dupleix, en particulier, il n'y a pas de fièvre typhoïde; à l'Ecole militaire, il est vrai, il y a eu 11 décès, mais dans un quartier très éprouvé, et il serait aussi vrai de dire que la population urbaine a été la cause des cas de fièvre typhoïde qui se sont manifestés dans les casernes.

Il est vrai que l'hôpital du Gros-Caillou est généralement encombré, mais il se passe là ce qui se passe dans les hôpitaux civils.

M. Proust. M. Marjolin a touché dans sa communication deux

points. Les instructions du conseil de salubrité ont été formulées pour être appliquées dans les cas où elles étaient applicables. M. Marjolin a également touché la question de la prophylaxie, mais le point principal, ce qui nous manque surtout, c'est que nous n'avons pas en France de direction de la médecine publique. M. Proust se propose, d'ailleurs, de faire prochainement sur ce point une communication.

M. Marjolin se félicite d'avoir soulevé devant l'Académie une question aussi importante. Tout le monde est d'accord pour demander l'application de la loi sur les logements insalubres, quelle que soit l'opinion que l'on ait sur la contagion de la fièvre typhoïde.

La discussion sur la fièvre typhoïde continuera dans la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les inscriptions du premier trimestre 1882-1883 seront reçues du lundi 23 octobre au samedi 18 novembre inclusivement, de midi à trois heures, dans l'ordre ci-après : 1° les inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, du lundi 23 octobre au jeudi 9 novembre ; 2° les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et des deuxième et troisième années d'officiat, du vendredi 10 novembre au samedi 18 du même mois.

Passé le 18 novembre, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant le cas, soit par M. le Recteur, soit par M. le Ministre de l'instruction publique.

Le registre d'inscriptions est ouvert exceptionnellement : 1° depuis le 16 octobre pour les jeunes gens qui, ayant contracté leur engagement pour le volontariat, sont dans l'obligation, pour obtenir un sursis de départ, de justifier qu'ils sont inscrits à la Faculté et qu'ils possèdent au moins une inscription ; 2° jusqu'à la clôture de la session de novembre, pour les candidats qui se présenteront pendant cette session devant les Facultés des lettres et des sciences, à l'effet d'obtenir les diplômes des Baccalauréats ès lettres et ès sciences.

MM. les Étudiants qui ont commencé leurs études médicales en province et qui viennent les continuer à Paris, sont tenus de faire établir leur dossier en produisant les pièces suivantes : 1° certificat de scolarité médicale ; 2° acte de naissance ; 3° diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences ; 4° consentement de leur ayant-droit (père ou tuteur), s'il y a lieu. Ils doivent en outre être accompagnés d'un correspondant autorisé.

Les élèves qui commenceront leurs études en vue du doctorat ne seront admis à prendre la première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat de la Faculté : 1° leurs diplômes de bachelier ès let-

tres et ès sciences restreint; 2° leur acte de naissance dûment légalisé; 3° le consentement de leur ayant-droit (père ou tuteur); 4° un certificat de bonnes vie et mœurs. Ils doivent être accompagnés de leurs parents ou d'un correspondant autorisé.

Les aspirants au titre d'officier de santé produiront soit le diplôme de bachelier ès lettres, soit celui de bachelier ès sciences, soit le certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Les jeunes gens inscrits pour l'officiat ne pourront dans aucun cas convertir en inscriptions de doctorat, pendant la durée de leurs études, les inscriptions qu'ils auraient déjà prises. La concession d'inscription de doctorat correspondant à un certain nombre d'inscriptions d'officiat ne pourra être accordée.

Les bulletins de versements des droits de consignation pour tous les examens sont délivrés à partir du 16 octobre le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau mode) et les examens de fin d'année; les consignations seront reçues jusqu'au mardi 7 novembre inclusivement. Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, demanderaient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser par écrit la demande à M. le Doyen.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les élèves de première, deuxième, troisième et quatrième années de doctorat. Ils sont facultatifs pour les élèves pourvus de seize inscriptions, et pour les aspirants à l'officiat.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés par quart, en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Les droits concernant les travaux pratiques facultatifs sont acquittés en une seule fois, sauf pour les aspirants à l'officiat de première, de deuxième et de troisième année, auxquels est appliqué le mode de versement établi pour les travaux pratiques obligatoires.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs: 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les aspirants à l'officiat; 3° les docteurs français; 4° les docteurs et les étudiants étrangers à la Faculté, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite.

L'autorisation est valable pour l'année scolaire. Des affiches feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.

Les cartes d'étudiant pour l'année scolaire 1882-1883 seront délivrées au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiquées pour les inscriptions et les consignations.

— MM. les Élèves sont informés qu'ils pourront effectuer en une seule fois et pour l'année entière le versement des droits de bibliothèque et des travaux pratiques au moment de la première inscription de chaque année d'études; c'est-à-dire en prenant leur première, leur cinquième, leur neuvième et leur treizième inscription. Ce mode de versement, autorisé par décision ministérielle du 16 octobre, ne dispensera pas MM. les Élèves

de se présenter au secrétariat, au commencement de chaque trimestre, pour prendre les inscriptions intermédiaires, deuxième, troisième et quatrième, première année; sixième, septième et huitième, deuxième année; dixième, onzième et douzième, troisième année; quatorzième, quinzième et seizième, quatrième année. Mais, grâce aux facilités qui leur sont accordées par ledit arrêté, ils auront l'avantage d'éviter toute perte de temps ou dérangement préjudiciables à leurs études, n'ayant ainsi qu'une fois par an à se présenter à la caisse du receveur des droits universitaires.

— *Avis complémentaire.* — MM. les étudiants ont à remplir les formalités suivantes pour les inscriptions et les consignations :

1° Demande d'un bulletin de versement au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiqués sur les affiches ;

2° Versement, à la caisse du receveur des droits universitaires, 55, rue Saint-Jacques, de la somme indiquée au bulletin de versement.

Hôpitaux de Paris.—*Service d'accouchements.* Les quatre accoucheurs nommés au dernier concours ont pris leurs services respectifs le 16 octobre. M. Budin est nommé à la Charité; M. Porak à Saint-Louis; M. Pinard à Lariboisière; M. Ribemont à Tenon.

Les accoucheurs des hôpitaux sont également chargés de la surveillance des sages-femmes attachées à chaque hôpital pour le service des accouchements à domicile.

Corps de santé militaire. — Par décision du ministre de la guerre, en date du 18 octobre 1882, ont été désignés pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de corps d'armée, MM. les médecins inspecteurs et médecins principaux de 1re classe dont les noms suivent, savoir :

Directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, M. Colin, médecin inspecteur.

Directeur du service de santé du 1er corps d'armée, M. Guignet, médecin principal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 2e corps d'armée, M. Hamel, médecin principal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 3e corps d'armée, M. Weber, médecin principal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 4e corps d'armée, M. Leplat, médecin principal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 5e corps d'armée, M. Arnoult, médecin pricipal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 6e corps d'armée, M. Dauvé, médecin principal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 7e corps d'armée, M. Morand, médecin pncipal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 8e corps d'armée, M. Hattute, médecin principal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 9e corps d'armée, M. Delcominète, médecin principal de 1re classe.

Directeur du service de santé du 10ᵉ corps d'armée, M. Roudet, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

Directeur du service de santé du 11ᵉ corps d'armée, M. Lagarde, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

Directeur du service de santé du 12ᵉ corps d'armée, M. Cochu, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

Directeur du service de santé du 13ᵉ corps d'armée, M. Papillon, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

Directeur du service de santé du 14ᵉ corps d'armée et gouvernement militaire de Lyon, M. Baudouin, médecin inspecteur.

Directeur du service de santé du 15ᵉ corps d'armée, M. Levié, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

Directeur du service de santé du 16ᵉ corps d'armée, M. Castex, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

Directeur du service de santé du 17ᵉ corps d'armée, M. Alix, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

Directeur du service de santé du 18ᵉ corps d'armée, M. Maffre, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

Directeur du service de santé du 19ᵉ corps d'armée, M. Gaujot, médecin inspecteur.

Directeur du service de santé du corps d'occupation de Tunisie. M. Vedrènes, médecin principal de 1ʳᵉ classe.

TRANSPORT DES VARIOLEUX DANS LES HÔPITAUX. — *A Messieurs les Commissaires de Police de Paris.*

Paris, le 14 octobre 1882.

Messieurs,

Mon administration a fait construire trois voitures spéciales destinées au transport dans les hôpitaux des malades atteints de variole.

Ces voitures sont remisées dans les dépendances de l'Hôtel-Dieu.

J'ai l'honneur de vous faire connaître quelles sont les dispositions prises par mon Administration, d'accord avec l'Administration de l'Assistance publique, pour l'emploi de ces voitures.

Lorsqu'une demande de transport à l'hôpital vous sera adressée, vous vous ferez remettre un certificat médical constatant la nature de la maladie, et vous m'enverrez un télégramme mentionnant le nom et la demeure du varioleux. L'Administration de l'Assistance publique m'indiquant alors à quel hôpital le malade pourra être conduit, la voiture partira immédiatement de l'Hôtel-Dieu pour aller le prendre à domicile et le transporter à l'hôpital.

Vous aurez à prévenir les intéressés qu'ils se tiennent prêts à faire monter le malade dans la voiture dès qu'elle sera rendue à destination, et vous aviserez qu'un parent ou un ami pourra prendre place sur le siège, près du cocher.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire,

Recevez, Messieurs, l'assurance de ma parfaite considération,

Le Préfet de police, E. CAMESCASSE.

Le Propriétaire-Gérant : Dʳ E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucʳ Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

4v/rn).6

-T-Neuvième année — Tome II N° 50 Samedi 28 Octobre 1882

LA

RANCE MÉDICALE

J REAUX
s'abonn. chez
AYE et E. LECROSNIER
Place
cole-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
uvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
nnonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur

SOMMAIRE

19e Année. — Tome II. — N° 50 Samedi 28 Octobre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

De la curabilité de la tuberculose aiguë (*Suite et fin*) (1).

Leçon professée au Westminster hospital de Londres,

par le Dr Octavius STURGES.

Médecin de cet hôpital.

Dans le simple exposé de ce cas remarquable on peut trouver, croyons-nous, d'importantes indications pratiques, des faits encore trop peu connus et des probabilités que l'on repousse trop facilement. Prenons d'abord le fait en lui même. Indépendamment de toute théorie et de toute déduction plus ou moins bien conduite, il ressort ce point qu'une pyrexie d'une durée indéfinie, survenant chez un sujet tuberculeux, entraînant un amaigrissement très prononcé, accompagnée de sueurs nocturnes et d'une prostration extrême, peut cependant et doit guérir. Par exemple la fièvre typhoïde ou entérique, où la tuberculose aiguë, ou la combinaison de ces deux affections quelque grave qu'elle soit et malgré la terminaison fatale habituelle, n'entraînent pas un pronostic absolument désespéré. Plusieurs autres considérations viennent à l'appui de cette opinion. Quelles sont les probabilités relativement au diagnostic et quels sont les symptômes qui peuvent faire espérer la guérison ? Quel a été le traitement dans les cas qui se sont terminés d'une manière favorable ? Dans quelle proportion peut-on espérer rendre les guérisons plus communes.

On a dit, et cette phrase est attribuée à un de nos médecins contemporains les plus habiles, que toutes les fois que l'on a à soigner une pyrexie d'une forme anormale et dans laquelle les symptômes ne rentrent pas dans le cadre d'une maladie déterminée, il faut toujours se poser cette question : « Avons-nous affaire à une fièvre typhoïde ? » Mais cet excellent conseil, si utile pour prévenir des erreurs regrettables, ne doit pas être détourné de sa véritable signification. Quelques-uns pourraient être portés à voir là non pas une question de diagnostic différentiel, mais une affirmation. Il y à là une pyrexie avec des symptômes anormaux, je ne puis les rapporter à aucune affection déterminée : j'appellerai alors cela fièvre entérique, cette affection ayant tant de formes qu'elle peut toujours ressembler à quelque chose.

Nous avions récemment dans nos salles un exemple des erreurs que l'on peu commettre, exemple qui montre en même temps combien il importe dans certains cas de se rappeler ce précepte clinique. Chez

(1) Voir *France médicale*, n° 45.

un malade de la salle Burdett dont les symptômes ressemblaient, à beaucoup d'égards, à ceux de la fièvre entérique, comme facies, température, prostration nerveuse, couleur et consistance des garde-robes, on pouvait facilement croire à l'existence de cette maladie. Si nous l'avions perdu de vue, pour une cause quelconque, pendant la deuxième ou la troisième semaine, nous aurions certainement considéré son cas comme un nouvel exemple du caractère mal défini de certaines formes de fièvre typhoïde. Mais ce malade mourut à la fin de la quatrième semaine et l'autopsie montra qu'il s'agissait non d'une dothiénentérie, dont il n'y avait même aucune trace, mais d'une endocardite ulcéreuse des plus prononcées et des plus étendues.

Chez notre malade actuel nous n'avions pas la même excuse ni la même nécessité pour invoquer la fièvre typhoïde dans le but d'appuyer un diagnostic douteux. Sauf la fièvre, ce jeune homme ne présentait rien de la fièvre typhoïde ni dans les symptômes eux-mêmes, ni dans leur durée. Nous nous sommes déjà posé cette question et nous y avons répondu par la négative. Quoi qu'elle puisse être, la maladie que nous avons sous les yeux n'est pas une fièvre typhoïde. En procédant par exclusion, comme il est d'usage en pareil cas, on doit écarter cette hypothèse. Pouvons-nous aller plus loin et dire de ce jeune homme non seulement qu'il n'avait pas la fièvre typhoïde, mais encore qu'il s'agissait d'une tuberculose aiguë? Tandis que la tuberculose aiguë est très souvent prise pour une fièvre typhoïde, au contraire l'inverse n'a pas lieu. C'est que les autres symptômes propres à la tuberculose se manifestent d'une façon très nette, et ces symptômes ont l'habitude d'accompagner l'existence de granulations grises miliaires. Il semble qu'il y ait difficilement place pour l'erreur, mais lorsque nous nous attendons à la mort du malade, il trompe cette attente et marche vers la guérison.

Le fait de la guérison doit-il être considéré comme incompatible avec le diagnostic de tuberculose aiguë? On peut croire à la présence actuelle de tubercules dans ses poumons. Il est possible, je suppose, que ces tubercules se soient suffisamment infiltrés dans l'épaisseur des poumons pour qu'on les constate, sans que néanmoins la mort du malade soit obligée. Mais il y a beaucoup de raisons de croire que nous pouvons approcher, toucher même cet événement pathologique et cependant nous arrêter court, près de cette limite qui sépare l'extrême danger de l'absolue certitude de la mort.

Si le temps me le permet, je vous prouverai que la tuberculose aiguë, reconnue cliniquement, n'est pas nécessairement fatale, soit qu'elle survienne chez des jeunes gens et qu'elle se manifeste du côté des poumons (sans que pour cela il y ait phthisie dans le sens de destruction du parenchyme pulmonaire), soit qu'elle survienne chez des enfants et qu'elle se manifeste du côté de la pie-mère. Nous retrou-

vons le même groupe de symptômes dans les cas exceptionnels qui guérissent et dans les cas habituels où les malades succombent; en outre, moins l'âge des malades est avancé, plus nous nous rapprochons de cette période de la vie dans laquelle la tuberculose offre son développement le plus complet, pour ainsi dire, plus il est fréquent de voir des malades, présentant non seulement les symptômes prémonitoires de la phthisie, mais encore ceux que l'on considère comme indiquant le début de la tuberculose, se relever cependant et guérir, alors que le diagnostic était bien appuyé et que le pronostic semblait certain.

Mais je vous demanderai d'envisager ce sujet sur un terrain plus large. La guérison de la tuberculose, en désignant par ce dernier terme les phénomènes cliniques qui semblent indiquer le dépôt de tubercules miliaires, loin d'être rare, est au contraire observée fréquemment. Ce qui est rare, moins cependant qu'on ne le suppose, parce que l'on rapporte souvent cette affection à la fièvre typhoïde, c'est la guérison alors que la tuberculose a dépassé un certain degré. Nous savons tous que les enfants qui ont une conformation particulière, qui transpirent de la tête pendant la nuit, qui grincent des dents et tiennent les yeux à moitié ouverts pendant le sommeil, sont spécialement prédisposés à la tuberculose et à la méningite. On doit prendre des précautions particulières pour protéger ces enfants contre le froid, éviter les habitations malpropres, et ne pas leur fatiguer l'esprit. Il faut bien se rappeler que les premiers signes d'une fièvre ou d'une maladie quelconque, signes insignifiants chez d'autres enfants, doivent chez eux attirer immédiatement l'attention. Encore, en dépit de toutes les précautions, ces enfants gagnent-ils la fièvre plus fréquemment que les autres. Un certain nombre, les plus tuberculeux, si je puis ainsi dire, meurent inévitablement; les autres peuvent succomber ou survivre, selon le soin qu'ils prennent d'eux-mêmes, selon leur nourriture, et le rôle qu'ils jouent dans la société. Il en est peu qui puissent vivre jusqu'à la fin de la période de prédisposition sans avoir de la fièvre, sans s'amaigrir et sans montrer des symptômes cérébraux ou autres qui sont souvent très difficiles à distinguer de ceux de la méningite.

La condition des jeunes adultes tuberculeux est encore plus intéressante. Pour eux, nous savons que le principal danger réside non dans le cerveau, mais dans les poumons, et si nous pouvons leur faire atteindre l'âge viril, nous aurons à leur sujet une sécurité relative. Mais qu'arrive-t-il pendant la période dangereuse? Beaucoup plus que pour les petits enfants, il est certain que leur vie dépend des circonstances au milieu desquelles ils se trouvent; pour les sauver, en somme, il est nécessaire de leur rendre la vie le plus facile possible. Un jeune homme prédisposé à la tuberculose (et je fais allusion à un

malade que j'ai sous les yeux) maigrit, transpire, tousse, mais on ne trouve rien autre chose dans sa poitrine que de la bronchite catarrhale. Bientôt il devient trop faible pour quitter sa chambre. On lui conseille alors de faire un voyage en mer et de rester pendant une année ou deux à la Nouvelle-Zélande. Là, il cesse de tousser, reprend des forces, engraisse, mène une vie active comme éleveur de moutons, puis bientôt, regrettant son pays et son ancienne profession, et se croyant d'ailleurs parfaitement guéri, il retourne en Angleterre. Mais là, il est repris de toux, d'amaigrissement, de faiblesse, et cette fois les symptômes marchent tellement vite qu'il est fort douteux qu'il puisse remonter à bord ou bien, dans l'état où il se trouve, on se demande si on peut lui faire supporter impunément un long voyage. Cependant, une fois loin de ce pays où la vie est pour lui impossible, les symptômes menaçants disparaissent et la santé revient.

Aussi qui peut dire ou écrire dans un livre à quelle période de la fièvre tuberculeuse (pour ainsi parler) on ne peut plus espérer la guérison ? Il serait assurément contraire à l'observation des faits de prétendre que les cas semblables à celui de notre malade de la salle Burdett ne sont pas très exceptionnels, ou bien d'autre part que, avec de tels symptômes, on ne puisse plus attendre aucune autre terminaison que la mort. Mais où doit-on placer la ligne de démarcation entre les cas guérissables et les cas incurables ? Quelle est la phase particulière de son histoire clinique qui montre l'état actuel des tubercules et décide du sort du malade ? Nous avons toutefois beaucoup de motifs pour considérer comme vraie cette proposition : chez les enfants et chez les jeunes gens la tuberculose guérit. Nous pouvons dire quand on peut espérer la guérison, nous pouvons dire quand elle est tout à fait douteuse, mais il nous est difficile de dire d'une manière tant soit peu précise à quel moment elle devient tout à fait impossible.

Il y a un autre point à considérer. Les tuberculeux, au moins les enfants, présentent les symptômes classiques de la méningite tuberculeuse et meurent de la façon habituelle ; mais à l'autopsie on ne trouve ni tubercules, ni exsudat inflammatoire. Nous avons alors à compter avec les faits suivants et à en tirer les hypothèses les plus plausibles. Il y a un certain nombre de symptômes au moyen desquels on reconnaît en général la tuberculose aiguë au lit des malades. Ces symptômes amènent habituellement une terminaison fatale et après la mort on trouve en certains points des granulations grises. Mais il y a à cette règle deux exceptions. La première c'est que les symptômes en question ne se terminent pas fatalement : la seconde c'est que, malgré la terminaison fatale, on ne trouve pas trace de granulations grises.

Quelle est alors l'hypothèse qui peut le mieux expliquer ces faits? C'est, je crois, la suivante : La tuberculose aiguë, considérée au point de vue clinique, doit être distinguée du dépôt actuel des tubercules considéré comme un fait anatomique. Les premiers symptômes de la tuberculose aiguë sont ceux qui précèdent la formation des granulations grises. Cette formation, analogue à quelques égards à l'éruption d'une fièvre spécifique, est précédée par un certain nombre de phénomènes qui s'étendent sur une période variable pendant laquelle la guérison est encore possible. Tandis que d'un côté le dépôt des tubercules marque la fin de la période pendant laquelle on devait espérer, de l'autre la violence de la fièvre qui précède cet événement peut suffire à elle seule à entraîner la mort.

C'est ici que le thérapeute intervient et certainement il y a place pour lui. S'il a beaucoup d'expérience, il aura dans la mémoire des exemples qui lui feront repousser cette assertion que la tuberculose aiguë qui guérit n'est pas en réalité ce qu'elle paraît être, mais une fièvre typhoïde ou quelque autre chose. Il n'a qu'à rappeler cette croyance vulgaire, que la tuberculose aiguë, lorsqu'elle suit sa marche naturelle, est nécessairement fatale, pour qu'on lui laisse faire ce qu'il désire ; il doit se souvenir d'autre part que cette affection guérit au moyen des hypophosphites de soude et de chaux. Cela résulte du moins de ma propre pratique ; me disant qu'ils sont au moins inoffensifs, qu'ils sont recommandés dans une classe d'affections où bien peu de remèdes sont applicables et d'autre part que la moitié au moins des malades dans un état aigu et grave acceptent facilement un traitement quelconque, j'ai donné uniformément les hypophosphites dans tous les cas de tuberculose pulmonaire aiguë que j'ai eu à soigner depuis quelques années. Loin d'être entousiasmé des effets d'un médicament très chaudement recommandé dans certains pays, je puis au contraire citer des cas dans lesquels les hypophosphites ont été si nuisibles que les malades se sont améliorés lorsqu'on en a cessé l'emploi. Chez notre malade on donnait toutes les quatre heures 50 centigrammes d'hypophosphites et l'on avait commencé huit jours après l'entrée du malade dans les salles. Le temps pendant lequel il fut le plus mal et le plus faible fut, vous vous le rappelez, la semaine qui suivit. Comment cela peut-il se concilier avec le pouvoir curatif des hypophosphites? je vous le laisse à déterminer. Pour moi je crois que, du moment que les cas de ce genre sont mieux reconnus, que la guérison est admise non seulement par ceux qui déclarent l'avoir déjà obtenue, mais aussi par d'autres qui se préparent à noter toutes les circonstances dans lesquelles elle arrive, on saura maintenant que la guérison de la tuberculose ne dépend pas des hypophosphites ou de toute autre préparation pharmaceutique, mais de l'emploi judicieux des remèdes dirigés contre les causes qui en ont

provoqué l'éclosion. N'y a-t-il pas d'indication thérapeutique dans ce fait que les enfants des pauvres deviennent tuberculeux comme le font les lapins en vivant dans l'air impur et humide de caves souterraines, et dans ce fait que l'enfant d'une famille tuberculeuse évitera le sort de ses sœurs et de ses frères, sort dont il était lui-même menacé, s'il est envoyé dans une contrée plus favorable?

Ceux qui sont le plus fortement persuadés de l'incurabilité de la tuberculose aiguë ne peuvent cependant nier qu'il n'existe certains signes évidents au moyen desquels on peut distinguer les tuberculeux des autres malades; ils ne peuvent nier qu'il n'existe certaines localités et certains genres de vie qui leur sont moins nuisibles et qu'en ayant recours à diverses précautions et en prenant diverses mesures, ces malades, dont l'existence était constamment menacée pendant l'enfance et la jeunesse, peuvent atteindre l'âge viril et jouir alors d'une bonne santé. Mais je m'arrête. Je crois fermement qu'il viendra un temps où l'on ne se contentera plus d'appliquer ces mesures d'une façon partielle et où l'on leur donnera leur pleine extension; alors quand on verra venir des enfants malades comme ceux dont je vous ai raconté l'histoire, on les enlèvera autant que possible à l'atmosphère des villes pour les placer sans fatigue et sans retard dans les meilleures conditions possibles pour la guérison, sur une colline ou le sommet d'une montagne, ou tout au moins dans l'air pur de la campagne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Monod, à l'occasion du procès-verbal, et pour répondre aux objections qui ont été faites sur la réalité des ouvertures d'artères dans des foyers purulents, met sous les yeux de la Société le tableau suivant, qui est le relevé d'observations publiées dans les revues et journaux.

Amygdalites primitives			4
Suppurations secondaires — Fièvre { scarlatine, typhoïde }		amygdale	1
		parotide	2
		cou (adénite)	1
		médiastin (aorte)	1
Adénites	cou.	1 (septicémie) / 4	5
	aine.	simple	1
		bubons	4
		gomme	1

Suppurations diverses...	linguale	4
	axillaire	2
	intercostale	1
	cubitale radiale	2
	temporale profonde	1
		30
Abcès par congestion ou d'origine ancienne		48
Artère poplitée.	sans séquestre (1 septicémie).	9
	par séquestre	5
Fémorale et branches		12
Humérale		2
Nécrose du maxillaire inférieur	dentaire	1
	carotide interne	1
Carie vertébrale	artère vertébrale	1
	aorte	2
Carie du rocher	carotide interne	15

Il cite la plupart des auteurs qui ont publié les observations ainsi que les mémoires.

Il concède volontiers que quelques cas sont douteux, c'est-à-dire on peut se demander si l'ouverture du vaisseau n'a pas été faite soit par un corps étranger, soit par une esquille ; mais dans le plus grand nombre le doute n'est pas possible, l'ouverture spontanée dans le foyer purulent est bien spontanée. Il voit qu'on a beaucoup exagéré l'influence de la septicémie comme cause des hémorrhagies. Il admet volontiers que la septicémie détermine des altérations dans les capillaires ; mais il est moins disposé à admettre qu'elle puisse déterminer des altérations dans les gros vaisseaux.

Son relevé ne comprend que deux cas ; mais il faudrait, croit-il, dépouiller plus minutieusement les observations pour être certain qu'il n'en existe pas d'autres ; il est disposé à admettre que les cas d'hémorrhagie causés par la septicémie sont plus nombreux.

Les hémorrhagies sont très rares dans les phlegmons. Il n'en a trouvé que trois cas : une fois la cubitale, une autre la radiale, la troisième la temporale profonde.

Les cas d'hémorrhagie dans le cours de carie vertébrale ou de carie du rocher sont contestables : on peut supposer que ce sont des aiguilles osseuses qui ont ulcéré ou perforé les vaisseaux ; cependant Marié, dans sa thèse, et Heisller ont prétendu que, dans les cas de carie du rocher, l'artère carotide interne n'étant plus soutenue, le contact du pus suffisait à amener la perforation.

M. Desprès a demandé la parole pour la prochaine séance.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. Schwartz relative à une fracture compliquée de la voûte du crâne traitée par la trépanation.

Il s'agit d'un homme de 25 ans qui reçoit de la hauteur de deux étages un corps très dur et lourd sur sa tête; il tombe, puis se relève, arrive à l'hôpital perdant du sang, et répond très nettement aux questions qui lui sont posées,

Le lendemain on constate une grande plaie sur le milieu de la tête, en arrière du sillon biauriculaire; les méninges sont déchirées et le cerveau contusionné ; une partie de la pulpe cérébrale s'est échappée au dehors ; il y a enfoncement des fragments. Les troubles fonctionnels sont nuls, sauf une légère hyperesthésie croisée à la partie antérieure et droite du thorax et peut être une très légère diminution dans la force de la main droite.

Les cinq premiers jours tout va bien ; le cinquième jour un peu de fièvre et une hémiplégie droite complète. M. Schwartz décide l'intervention, et comme il ne peut relever les fragments, il applique une couronne de trépan, et peut enlever deux aiguilles. Le septième jour après l'opération, les mouvements reparaissaient dans le membre supérieur, puis dans le membre inférieur. La plaie guérit bien, malgré une variole intercurrente ; malheureusement quelques temps après il tombait sur la tête, une tumeur apparaisait fluctuante et pulsatile au niveau de la cicatrice. Après une ponction exploratrice on pratiquait une incision qui donna voie à du pus granuleux, venant d'un abcès situé dans la substance cérébrale herniée.

L'encéphalite fit des progrès et le malade mourut.

L'autopsie montra que les centres psycho-moteurs étaient intacts, et que le pus avait fait irruption dans les ventricules. La brèche osseuse était comblée par une membrane fibreuse.

Le rapporteur signale l'intérêt de l'observation, mais est d'avis que l'intervention aurait pu être plus précoce, attendu qu'il n'y avait pas de doute possible sur la contusion du cerveau, et que l'enfoncement des os était manifeste.

M. Nicaise lit un rapport sur une observation envoyée par M. Humbert relative à un kyste *tendineux à grains riziformes guéri par l'incision grâce à la méthode antiseptique.*

Le sujet est une femme de 27 ans, cuisinière qui depuis trois ans porte du côté droit au niveau du poignet une tumeur en bissac qui est manifestement une synovite tendineuse à grains riziformes; il y a de la gêne des mouvements. L'opération est faite le 1er août, une incision de 3 cent. est faite au niveau de la tumeur antibrachiale n'atteignant pas le cul-de-sac, il sort un assez grand nombre de corps herdéiformes ; M. Humbert en excise quelques-uns qui sont sessiles, il fait deux injections phéniquées au 20e, place un drain, fait de la compression au moyen d'une éponge et immobilise la main. Ce drain était enlevé le lendemain. La malade quitta l'hôpital le 26 août.

Deux mois et demi après l'opération elle est présentée à la Société

de chirurgie ; il n'existe qu'une légère diminution dans la motilité des deux derniers doigts.

La récidive est-elle fatale ? Le rapporteur ne le croit pas, pas plus qu'il ne croit que la suppuration est nécessaire à la guérison ; car l'oblitération de la poche n'est peut-être pas nécessaire. Dans tous les cas ici elle ne peut être affirmée.

Dans deux cas que M. Nicaise a pu examiner, il a constaté que dans un le tendon était probablement rompu ; dans l'autre, où l'examen anatomique a pu être fait, les faisceaux fibreux étaient dissociés; ces faits sont importants à connaître, ils montrent qu'on doit opérer de bonne heure.

M. Humbert explique la pathogénie de ces corps par une prolifération de la gaine. Dans les cas nombreux qu'on a observés, on sait qu'ils sont formés d'une matière albuminoïde, facilement démontrable par l'examen microscopique et l'analyse chimique. M. Nicaise montre les photographies de coupes microscopiques de ces productions prouvant qu'il en est souvent ainsi. On sait que c'est là la théorie de Velpeau, que les faits de M. Nicaise viennent confirmer. Virchow qui a soutenu la théorie de la prolifération des éléments de la paroi a été forcé d'admettre une théorie mixte d'après laquelle les corps hordéiformes seraient formés par un amas de fibrine autour de franges des culs-de-sac.

M. Després demande qu'on montre le malade un an après l'opération.

M. Terrier lit un mémoire sur la tuberculose de synoviales tendineuses.

Après avoir fait l'historique et montré que M. Lancereaux a publié le premier cas dans le Bulletin de la Société anatomique, et avoir cité les observations de M. Bouilly, du professeur Trélat, les siennes, il indique les lésions anatomiques qui caractérisent cette variété de tuberculose locale et il montre qu'il existe trois types.

Le premier est la synovite fongueuse et classique.

Le deuxième est caractérisé par le fait que les fongosités sont limitées à une partie de la synoviale ; il se forme un abcès et une ulcération. Elle s'observe chez les sujets tuberculeux ou suspects de tuberculose.

Le troisième type correspond à la tuberculose miliaire aiguë des articulations ; M. Terrier en a observé un cas.

Le diagnostic n'est pas facile quand l'état général est bon : il l'est au contraire quand on constate la présence de tubercules dans d'autres organes, poumons, testicules.

Le pronostic est bénin quand la tuberculose est localisée ; mais il doit être réservé néanmoins, grave, quand il y a des tubercules ailleurs ; il est, en un mot, très différent suivant que la tuberculose est

primitive ou secondaire. D'où deux traitements: l'un curatif ou soi-disant tel, correspondant aux formes primitives, l'autre palliatif, correspondant aux formes secondaires.

M. Berger présente un malade auquel il a fait la ligature de l'iliaque interne pour un anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale empiétant sur l'iliaque externe.

Ce malade avait eu, il y a trois ans, un anévrysme poplité traité par la compression digitale au niveau du pli de l'aine pendant douze heures. Les battements disparurent, et la guérison se fit. Quinze jours après apparaissait une tumeur au pli de l'aine. Depuis trois ans et demi cette tumeur, qui est un anévrysme, a le volume d'un œuf de poule. De plus elle détermine des troubles trophiques caractérisés par un gonflement éléphantiasique de tout le membre et des pustules d'ecthyma aboutissant à de petites ulcérations.

M. Berger se décida à la ligature de l'iliaque externe.

Des expériences cadavériques qu'il avait faites avec M. Farabeuf, M. Berger conclut que pour décoller facilement le péritoine, il faudrait relever l'incision de Cooper de façon que son extrémité externe se recourbât et se dirigeât presque vers l'ombilic. L'artère parut saine et fut liée graduellement et méthodiquement avec un fort fil de catgut.

La guérison s'obtint facilement ; il y eut un peu de suppuration superficielle.

La tumeur est maintenant dure, sans battements et du volume d'une noix.

Le malade s'est levé après six semaines, mais depuis qu'il se lève les troubles trophiques ont réapparu; pour les combattre, il lui fera porter un bas lacé avec cuissard, de même qu'un bandage à pelote abdominale pour éviter une de ces hernies ventrales cicatricielles qui sont si communes.

La commission pour le classement des candidats au titre du membre titulaire est composée de MM. Marchand, Périer, Pozzi.

P. Bazy.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Etat des malades atteints de fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris.* — Nombre de malades existant dans les hôpitaux, le 24 octobre au matin. 2.141

Entrés jusqu'au 24 soir.	77
Total des malades traités. . . .	2.218
Sorties, 72; décès, 9.	81
Restant le 24 au soir. . . .	2.137

Entrés jusqu'au 25 soir.	58
Total des malades traités. . . .	2.195
Sorties, 54 ; décès, 10.	64
Restant le 25 au soir. . . .	2.131

Ecoles d'infirmiers et infirmières de l'asile Sainte-Anne (2e année). — Les cours commenceront le mardi 24 octobre 1882, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre de l'admission et se continueront les mardis et vendredis suivants, à une heure.

Programme de l'année 1882-1883 : Hygiène, administration, pansement, petite chirurgie et applications hydrothérapiques, physiologie, anatomie, rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales, petite pharmacie.

Les cours se feront sous la direction de MM. Bouchereau, Dagonet, Magnan, médecins en chef, et M. Quesneville, pharmacien en chef de l'asile Sainte-Anne.

Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours *gratuits* devront se faire inscrire tous les jours, de dix heures à quatre heures, à la direction de l'Asile.

Asile Sainte-Anne. — Par arrêté préfectoral du 16 octobre, le personnel chargé du service des bains médicamenteux externes à l'asile Sainte-Anne est composé ainsi qu'il suit :

1° Un médecin ;
2° Un chef baigneur pour hommes;
3° Une maitresse baigneuse pour femmes;
4° Un aide baigneur pour hommes;
5° Une aide baigneuse pour femmes;
Et 6° Un chauffeur.

— Par arrêté préfectoral du 16 octobre 1882, M. le Dr Briand (Marie-Pierre-Marcel), est nommé à titre provisoire médecin attaché au service des bains médicamenteux externes annexés à l'asile Sainte-Anne.

Travail des enfants dans les manufactures. — Par arrêté en date de ce jour, la démission de M. le Dr Chambard, membre de la 27e commission locale du travail des enfants dans les manufactures (17e arrondissement), a été acceptée.

L'Institut de france vient de recevoir de la direction des beaux-arts douze bustes en marbre blanc pour être placés dans le vestibule du rez-de-chaussée conduisant aux salles de séances.

Parmi ces bustes, nous remarquons ceux de Littré, par Deloye, Claude Bernard, par Desprey, Elie de Beaumont, par Ricard, Regnault, par Joly, Stanislas Laugier, par Belhomme, Charle Sainte-Claire-Deville, par Mequier.

Les secours aux indigents. — Le conseil d'Etat vient d'être saisi du projet de règlement sur les secours à domicile à Paris, élaboré par une commission extra-parlementaire institué près le ministère de l'intérieur.

Ce projet, qui sera également soumis au conseil municipal de Paris, offrira l'avantage de faire disparaître les inégalités choquantes qui exis-

tent aujourd'hui dans la quotité des secours, suivant que l'indigent habite tel ou tel arrondissement.

En effet, dans le premier arrondissement, chaque individu inscrit au bureau de bienfaisance touche annuellement 71 fr. 91 ; dans le deuxième 60 fr. 08 ; dans le troisième, 41 fr. 95 ; dans le quatrième, 34 fr. 50 ; dans le cinquième, 32 fr. 15 ; dans le sixième, 46 fr. 19 ; dans le septième, 27 fr. 95 ; dans le huitième, 77 fr. 66 ; dans le neuvième, 82 fr. 12 ; dans le dixième, 33 fr. 59 ; dans le onzième, 24 fr. 38 ; dans le douzième, 25 fr. 98 ; dans le treizième, 21 fr. 19 ; dans le quatorzième, 28 fr. 97 ; dans le quinzième, 27 fr. 21 ; dans le seizième, 37 fr. 25 ; dans le dix-septième, 27 fr. 25 ; dans le dix-huitième, 22 fr. 49 ; dans le dix-neuvième, 19 fr. 65 ; dans le vingtième, 23 fr. 54.

Ainsi, un indigent inscrit dans le dix-neuvième arrondissement, c'est-à-dire à la Villette, reçoit quatre fois moins de secours qu'un pauvre du neuvième arrondissement. Cependant, l'un et l'autre habitent la même ville et dépendent de la même administration.

On comprend que l'autorité supérieure soit désireuse de mettre fin à une telle situation.

Enseignement supérieur en Belgique : bourses de voyage. — Douze bourses de voyage de 2,000 francs par an et d'une durée de deux ans sont mises au concours chaque année et réparties entre les docteurs en droit, en médecine, en philosophie et lettres, en sciences naturelles, en sciences physiques et mathématiques et les pharmaciens. Ces bourses ont pour objet de permettre aux lauréats d'aller étudier dans les pays étrangers les institutions et les choses de leur spécialité. Chacun d'eux doit, pour justifier du bon emploi de la somme allouée, faire parvenir au ministère de l'instruction publique un mémoire ou rapport constituant un travail sérieux, et le payement du dernier quart de la bourse est subordonné à cette justification.

Les épreuves du concours ont consisté jusqu'ici : 1° en la présentation d'une thèse sur un sujet tiré au sort, pour les docteurs en droit et en médecine, et librement choisi pour les concurrents des autres catégories ; 2° en une défense publique de cette thèse. Mais le conseil de perfectionnement de l'enseignement supérieur a jugé qu'il y avait lieu de laisser désormais les docteurs en droit et en médecine choisir, eux aussi, le sujet de leur mémoire. Il faut, pense-t-il, favoriser avant tout les spécialistes, qui seuls font progresser la science, et par conséquent laisser à chacun le soin de choisir sa spécialité. C'est en favorisant les spécialités, ajoute le rapport adressé au roi par le ministre de l'instruction publique, que l'Allemagne a préparé sa prépondérance scientifique. Désormais, la seule limitation imposée au libre choix des concurrents sera l'obligation de prendre le sujet de thèse dans le programme des matières théoriques faisant l'objet des études universitaires. Une autre innovation consistera en ce que tous les docteurs et pharmaciens seront admis au concours, sans qu'ils aient besoin, comme par le passé, d'avoir obtenu leur diplôme avec la plus grande distinction. (*Revue générale d'administration.* — Ministère de l'intérieur.)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31.

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 51 MARDI 31 OCTOBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 30 *octobre* 1882.

La Société française d'ophthalmologie.

L'ophthalmologie est une science de date toute récente qui n'existait réellement pas avant ces trente dernières années ; depuis elle a fait, au point de vue de la clinique, de la médecine opératoire et de l'optique, des progrès considérables et l'œil est peut-être aujourd'hui de tous nos organes celui qui est le mieux et le plus complètement étudié. L'ophthalmologie est devenue tellement vaste qu'elle s'est elle-même subdivisée en plusieurs spécialités ; du moins tel clinicien fort distingué sera forcé de négliger l'optique pure, et, au contraire, tel autre confrère, mathématicien et physicien très habile dans tous les problèmes de l'optique, brillera moins du côté de la clinique et des opérations.

Depuis quelques années, plusieurs confrères ont essayé de réunir ces éléments divers et de créer parmi nous une société d'ophtalmologie analogue à celle qui se réunit chaque année à Heidelberg.

Il y a trois ans en particulier, au Congrès d'Amsterdam, le Dr Martin (de Bordeaux) proposa de créer une société d'ophthalmologistes de langue française. La proposition fut bien accueillie et une commission fut nommée séance tenante pour en assurer l'exécution. Cette commission se trouva composée de MM. Giraud-Teulon, Parrot et Gayet pour la France, Landolt pour la Suisse et Warlomont pour la Belgique ; mais on n'alla pas au delà de cette excellente idée et nous ne croyons pas que la commission se soit une seule fois réunie.

Depuis, divers confrères ont songé bien des fois à tenter de nouveau la création d'une société d'ophthalmologie française, mais ils ont été retenus par de nombreuses difficultés de détail et par la crainte de ne pouvoir donner une cohésion suffisante à des éléments très disparates et très opposés. Comme le dit le professeur Panas, l'ophthalmologie est une belle fille, mais, pour cette raison sans doute, son passé n'a pas toujours été irréprochable.

Aujourd'hui les conditions sont différentes, l'ophthalmologie est une science officielle et l'institution de plusieurs chaires dans nos facultés est venue lui donner une impulsion qui s'est du reste affirmée par la création de nouveaux journaux. D'autre part, le niveau scientifique et moral de la profession paraît s'être élevé d'une façon très notable. Le moment semble donc bien choisi pour agiter de nouveau la création d'une société d'ophthal-

mologistes français. Est-ce à dire que les rivalités et les questions personnelles, si ardentes jusqu'ici, doivent s'effacer complètement? Non, mais l'introduction d'un grand nombre d'éléments nouveaux paraît devoir former un courant assez fort pour écarter ou noyer les oppositions qui se sont déjà produites.

Tel est, d'ailleurs, l'avis d'un oculiste distingué de province, le Dr Chibret (de Clermont-Ferrand) qui, dans un article publié dans la *Revue clinique d'oculistique du Sud-Ouest*, montre l'importance et l'opportunité de cette création. L'utilité de cette société ne saurait faire de doute pour personne ; même dans l'état actuel, en réunissant purement les communications ayant trait à l'oculistique faites dans les diverses sociétés savantes existant déjà, on voit qu'il y aurait de quoi alimenter une société spéciale des plus florissantes ; une société d'ophthalmologie ne pourrait manquer d'augmenter le nombre de ces travaux et d'accroître leur valeur, en centralisant des efforts qui restent souvent isolés. Cette société aurait sans doute un autre résultat non moins désirable, celui d'entretenir des relations plus agréables et plus confraternelles entre des hommes qui ont trop peu souvent l'occasion de se voir et d'échanger leurs idées. Les réunions de médecins ne sauraient jamais être trop nombreuses et, si le proverbe *invidia medicorum pessima* a pu souvent paraître fondé, la cause en est surtout en ce que nous ne nous connaissons pas suffisamment.

M. Chibret a formé un projet très large ; voici du reste la solution que, après mûre réflexion, il a trouvé la meilleure et qu'il soumet à l'approbation de ses confrères :

« 1° L'association des ophthalmologistes de langue française est ouverte à tous, et convie plus spécialement les ophthalmologistes de langue latine ;

« 2° Elle se réunit annuellement à Paris, dans la dernière semaine de janvier ;

« 3° Elle adopte provisoirement les statuts de la Société d'Heidelberg, qu'elle pourra modifier après sa constitution.

« 4° Les adhésions peuvent être adressées dès à présent au bureau de la Revue d'oculistique du Sud-Ouest, rue du Parlement Sainte-Catherine, à Bordeaux, qui en fera paraître la liste.

« 5° La société sera constituée, et l'époque de la réunion fixée, dès qu'il sera parvenu vingt-cinq adhésions.

« 6° Le chiffre de la cotisation annuelle sera établi lors de la première réunion. »

Très désireux de voir enfin créer une société d'ophthalmologie française, nous acceptons d'abord le projet de M. Chibret tel qu'il le formule et nous nous empressons d'envoyer notre adhésion, préférant une société constituée sur ces bases à l'absence de toute société.

Ce n'est point cependant que ce projet nous paraisse devoir être l'idéal, et, puisque notre confrère nous convie à discuter sa proposition, nous reprendrons, s'il le permet, ses deux premiers articles qui d'ailleurs en renferment toute l'économie.

M. Chibret désire une association ouverte à tous, c'est-à-dire qu'il suffirait de se présenter pour être immédiatement admis. Notre confrère montre une honnêteté et une largeur d'esprit qui lui font beaucoup d'honneur, mais qui pourraient lui causer de cruelles désillusions. L'air dans lequel nous vivons à Paris est peut être moins pur que celui qu'il respire dans les montagnes de son Auvergne, et bien des abus pourraient se produire contre lesquels la société ne serait pas suffisamment armée. Il existe en divers points de Paris des pseudo-cliniques interlopes dont les directeurs ont aussi peu d'honorabilité que de notoriété scientifique. On fait de tout, dans ces cliniques, et même un peu d'ophthalmologie. Avec une société ouverte, le titre de membre de la société ne manquerait pas de devenir bientôt une réclame, et sur ces grandes affiches, de couleur voyante, qui couvrent de temps en temps les murs de l'un ou de l'autre de nos quartiers excentriques, et sur lesquelles est figuré un œil aux paupières chassieuses et ulcérées, nous ne manquerions pas de voir s'étaler bientôt cette mention : clinique du Dr X.., membre de la Société française d'ophthalmologie. Accepter tout le monde, ce serait assurément écarter ceux qui jouissent du plus de respect et du plus de considération parmi nous. Dans les sociétés comme dans les armées en campagne, là quantité ne remplace en rien la qualité. Cent ophthalmologistes de toutes provenances feraient sans doute plus de bruit, mais ils feraient aussi moins de besogne que 40 ophthalmologistes sérieux. Fixons à 50 ou 60, par exemple, le nombre des membres de la société choisis dans toute la France ou même dans tous les pays de langue française ; nous pourrons réunir ainsi tous les hommes qui jouissent d'une autorité réelle et d'autre part le titre de membre d'une société pareille sera certainement très ambitionné. Des oculistes de valeur resteront peut-être en dehors de ce groupe mais tous ceux qui sont réellement dignes ne manqueront pas d'y arriver successivement. Puis une société ne tire pas seulement son importance de ses membres, mais aussi des candidats. Dans plusieurs sociétés, les communications les plus importantes ne sont pas toujours faites par ceux qui sont déjà dans la place, mais par ceux qui désirent y entrer.

La Société de chirurgie est parmi nos sociétés parisiennes une de celles qui ont le plus d'importance et dont les débats reçoivent le retentissement le plus mérité. Tous les jeunes chirurgiens d'avenir sollicitent la faveur d'en faire partie. Le titre de membre de la Société de chirurgie est pour eux un honneur des plus enviables et tous communiquent à l'appui de leur candidature des travaux d'une réelle impor-

tance; supposez la Société de chirurgie ouverte à tous ceux qui se croient chirurgiens, vous supprimez d'emblée la valeur du titre et vous paralysez toute l'activité. Nous pensons donc que lorsqu'il se sera présenté vingt-cinq membres fondateurs décidés à créer la société de la façon la plus sérieuse, il sera préférable de compléter le nombre total en suivant la voie ordinaire des candidatures et des élections.

Dans son second article, M. Chibret demande que l'association se réunisse chaque année à Paris, dans la dernière semaine de janvier. Cette périodicité nous paraît absolument insuffisante. Notre honorable confrère invoque volontiers l'exemple de l'Association française pour l'avancement des sciences, ouverte à tous et dont les congrès annuels sont très florissants. Sans nier cette prospérité réelle, nous ne partageons pas l'enthousiasme de notre confrère. Ceux d'entre nous qui auront, au mois de février, trouvé un point de quelque importance, attendront-ils pour le communiquer la fin du mois de janvier suivant? Assurément non; de sorte que chacun viendra répéter au mois de janvier ce que tout le monde saura déjà depuis quelques mois. Sans manquer de respect aux congrès de ce genre, nous les comparons volontiers aux revues qui se jouent à la fin de chaque année dans les petits théâtres; on y voit beaucoup de choses, mais il y a peu de nouveau.

La société allemande, sur laquelle M. Chibret nous propose de prendre modèle, se réunit chaque année, cela est vrai; mais il y a d'autres exemples à suivre, car malheureusement sur ce point nous ne sommes pas en avance. Nos confrères anglais ont créé, il y a deux ans, une société, the Ophthalmological Society of the united Kingdom, qui se réunit tous les mois. Cette société est déjà très prospère et le second volume de ses Transactions, publié il y a quelques jours prouve le nombre et l'importance de ses travaux.

Nous trouverions certainement en France de quoi alimenter une société à réunions mensuelles; l'impulsion imprimée à l'ophthalmologie serait plus vive; chacun de nous en retirerait de plus grands avantages; nos collègues de province ne pourraient sans doute pas assister tous à toutes les réunions, mais il est néanmoins certain que nos relations avec eux seraient plus fréquentes et plus suivies.

Ce sont là d'ailleurs des questions de détail dont la solution n'est pas urgente; l'important est de créer une société d'ophthalmologie française et, en envoyant notre adhésion à MM. Chibret et Armaignac, de la Revue du Sud-Ouest, nous les félicitons vivement de leur initiative en leur souhaitant plein succès.

Dr A. CHEVALLEREAU,
Oculiste consultant de la Cie P. L. M.

Sur un cas de gomme du foie (probablement due à une syphilis tardive).

Par le Dr H. Barth.
Médecin des hôpitaux,

Depuis que l'attention a été appelée sur les manifestations tardives de la syphilis héréditaire, on a pu se convaincre que les faits de ce genre étaient loin d'être rares, et que bien des observations, jusqu'alors inexplicables, pouvaient trouver dans la notion de l'hérédité syphilitique une interprétation toute naturelle. Le fait que nous allons rapporter nous paraît se ranger dans la même catégorie : complètement obscur si l'on s'en tenait aux notions qui avaient cours dans la science il y a peu d'années encore, il devient très intelligible lorsqu'on l'examine à la lumière des connaissances nouvelles vulgarisées en France par l'école de Lyon, à l'étranger par Leschewitz et par Coupland. C'est pourquoi nous nous sommes décidé à le publier malgré ses lacunes.

Marie G..., âgée de 15 ans, sans profession, entre le 22 mai 1879 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 8. Elle nous est adressée par M. Maygrier, interne à la Maternité, qui veut bien nous communiquer la première partie de l'observation.

Cette jeune fille, cette enfant plutôt, car elle est très imparfaitement développée pour son âge, a été atteinte dans ses premières années de graves accidents pouvant être rapportés à la scrofule ; à la suite de graves lésions du pharynx et du voile du palais, elle a perdu entièrement l'usage de l'ouïe, et la parole est devenue nasonnée et difficile ; des kérato-conjonctivites répétées ont déterminé l'apparition d'opacités cornéennes qui ont à peu près détruit la vue. La malade est restée jusqu'à l'âge de 12 ans et demi à l'Institution des jeunes aveugles.

Depuis cette époque, elle a vécu misérablement à Puteaux avec son père, journalier, la plupart du temps sans ouvrage. Elle a subi de nombreuses privations dans ces derniers temps. Elle n'a jamais été réglée.

Vers le mois d'avril dernier, à en croire le récit qu'elle fait, elle aurait subi un rapprochement sexuel dans lequel elle aurait été violentée, et à la suite duquel il se serait écoulé une certaine quantité de sang. Quelques jours après elle fut prise de douleurs vives au creux épigastrique et dans l'abdomen et crut s'apercevoir que son ventre augmentait de volume ; cette tuméfaction fit bientôt de rapides progrès, et on ne manqua pas de l'attribuer à une grossesse. La malade fut conduite chez un médecin de Puteaux qui, après un examen très sommaire, la déclara enceinte de 7 mois, et l'envoya en cette qualité à l'hospice de la Maternité, où elle fut admise le

22 mai. A son entrée on put constater par le toucher vaginal que le col, petit, arrondi, nullement ramolli, ne possédait rien qui pût donner l'idée d'une grossesse; la membrane hymen était du reste à peu près intacte. Le ventre, il est vrai, présentait un développement considérable, mais l'effacement de la cicatrice ombilicale, la dilatation visible des veines sous-cutanées, la forme de la matité qui offrait une courbe à concavité supérieure et variait avec la position de la malade, l'absence de tout ballonnement, enfin la fluctuation péritonéale bien manifeste, tout cela montrait clairement qu'on avait affaire à un épanchement ascitique; d'ailleurs, en déprimant la couche liquide, on arrivait sur le foie très augmenté de volume, dépassant de plusieurs travers de doigt les fausses côtes et atteignant le voisinage de l'ombilic.

L'appétit était diminué; il y avait souvent des envies de vomir; la malade se plaignait de coliques et de douleurs abdominales assez vives; depuis le commencement de sa maladie elle avait eu constamment la diarrhée. Le teint était pâle, non ictérique; il n'y avait pas de fièvre; aucun signe d'altération du côté des poumons ni du cœur. Les urines, peu abondantes, ne renfermaient pas d'albumine.

La malade fut mise au régime lacté, et pendant les premières semaines un peu d'amélioration parut se manifester; mais bientôt la tuméfaction abdominale fit de nouveaux progrès, la malade se plaignit de douleurs incessantes dans l'épigastre et les hypochondres; enfin l'estomac devint intolérant et des vomissements se manifestèrent. En présence de ces graves symptômes on se décida à faire passer la malade à l'hôpital Cochin.

Lorsqu'elle y entra le 22 mai 1879, elle offrait l'aspect extérieur qui a déjà été décrit : facies pâle, amaigri, développement imparfait du tronc et des membres supérieurs ; pas d'adénopathies cervicales ou autres, mais taies opaques sur les deux cornées, produisant une cécité à peu près complète; altération notable des dents, qui sont peu développées, rugueuses et rayées de stries transversales; perforation ou plutôt destruction irrégulière du voile du palais, limitée par des bandes cicatricielles qui paraissent s'étendre dans l'intérieur du pharynx et qui intéressent probablement les trompes d'Eustache; surdité absolue (il est impossible de savoir s'il y a eu autrefois otorrhée). Le tégument externe ne présente aucune trace de lésion ancienne ou récente, aucune cicatrice ; le squelette paraît sain; le tissu cellulaire sous-cutané n'est ni empâté ni épaissi.

La malade ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents de famille; elle parle d'ailleurs avec beaucoup de difficulté, en raison de la surdité qui lui a fait presque oublier les mots et du nasonnement qui rend son articulation à peu près inintelligible.

L'état du ventre appelle l'attention : l'abdomen, considérablement

développé, est tendu, rénitent, et donne à la palpation une sensation d'empâtement général; cependant à la percussion on reconnaît sans peine une matité complète dans les parties déclives, surmontée d'une zone de sonorité qui se déplace avec les mouvements de la malade ; la fluctuation est des plus nettes; il s'agit donc bien d'un épanchement liquide mobile dans la cavité péritonéale. En déprimant la paroi au niveau de l'épigastre, on sent facilement le foie, qui présente une conformation anomale et toute particulière: le lobe droit paraît manquer ou du moins il est impossible de le reconnaître, et la sonorité intestinale remonte très haut sur la ligne mammaire; au contraire le lobe gauche hypertrophié remplit le creux épigastrique et s'avance même vers l'hypochondre gauche; son bord inférieur tranchant descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; sa consistance est ferme, sa surface paraît indurée et légèrement inégale. La palpation de l'abdomen est douloureuse, surtout dans les régions supérieures; la malade accuse une tension pénible, avec coliques fréquentes; il y a des vomissements et de la diarrhée.

Du côté du thorax, on constate une matité étendue à la base droite, en avant et en arrière, avec souffle tubaire doux et abolition du murmure respiratoire jusqu'au niveau de la troisième côte; plus haut, et dans toute l'étendue du poumon gauche, la respiration est forte, à caractère supplémentaire, sans aucun bruit arnormal. La malade tousse peu et ne crache pas.

Les battements et les bruits du cœur sont normaux.

Le 24, une ponction pratiquée dans la fosse iliaque gauche, avec le trocart à hydrocèle, donne issue à 3 litres d'un liquide citrin, fortement albumineux, pauvre en fibrine; après la ponction on perçoit des froissements péritonéaux très nets au niveau de l'épigastre; la palpation du ventre donne au reste les mêmes résultats, et on reconnaît encore plus aisément les détails particuliers de configuration du foie que nous avons signalés plus haut.

5 juin. Le liquide se reforme avec rapidité; les parois du ventre sont tendues et douloureuses; les signes d'épanchement pleural à droite persistent sans modifications.

Le 12. Une seconde ponction est pratiquée et donne issue à plus de 10 litres d'un liquide semblable à celui de la première opération.

Le 18. La reproduction du liquide se fait si rapidement que le ventre est déjà presque aussi tendu qu'auparavant. La malade se plaint d'une dyspnée permanente, et d'étouffements après le moindre repas.

Le 24. Le ventre énormément développé est le siège d'une circulation supplémentaire considérable, mais qui n'empêche pas l'ascite d'augmenter toujours. Une troisième ponction faite d'urgence fournit 12 litres de liquide. Après la déplétion du ventre on reconnaît

que la face antérieure du foie hypertrophié paraît adhérer à la paroi abdominale, par l'intermédiaire d'une couche inégale et mollasse qui pourrait bien être de l'épiploon.

3 juillet. L'abdomen est de nouveau énormément dilaté, le diaphragme refoulé vers le thorax; il y a une dyspnée inquiétante. Quatrième ponction, qui donne issue à 14 litres de liquide.

Le 5. En moins de quarante-huit heures, l'épanchement s'est reproduit; l'état général devient plus mauvais: hier, vomissements bilieux et alimentaires; les jambes commencent à s'œdématier. En revanche les signes d'épanchement pleural à droite ont à peu près disparu.

Le 12. Nouvelle ponction, qui donne passage à environ dix litres d'un liquide un peu plus louche que précédemment; examiné au microscope on y trouve quelques cellules épithéliales, peu ou pas beaucoup de leucocytes, quelques filaments de fibrine.

Le 16. L'état général devient de moins en moins satisfaisant; la malade tousse et maigrit; douleurs continuelles au creux épigastrique, que la malade n'a jamais cessé d'indiquer comme le siége de son mal; il y a beaucoup de dyspnée.

Le 21. Une sixième ponction évacue six à sept litres d'un liquide louche séro-purulent; après l'opération la dyspnée est moindre, mais la malade se cachectise de plus en plus; depuis une quinzaine de jours la facies s'amaigrit et s'altère; pas de fièvre.

La malade s'éteint progressivement et succombe le 23 juillet au matin.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 1882.—Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

A l'occasion du procès-verbal,

M. Besnier. La commission d'hygiène hospitalière s'est réunie depuis la dernière séance et M. le directeur de l'Assistance publique a déclaré qu'il n'avait jamais eu l'intention de placer des typhiques à l'hôpital de Lourcine.

M. Dujardin-Beaumetz. Il est fâcheux de placer même des maladies chroniques à l'hôpital de Lourcine; quelques malades, à cause de la destination spéciale de l'hôpital, refusent d'y entrer.

M. Martineau appuie l'observation de M. Beaumetz.

M. Besnier. L'installation des maladies générales non contagieuses ni épidémiques à l'hôpital de Lourcine sort de la question qui est actuellement en discussion, et comme membre de la commission d'hygiène hospitalière je me récuse sur ce point.

M. Martineau offre à la Société les thèses des quelques-uns de ses

élèves et un exemplaire de ses leçons sur la thérapeutique de la syphilis.

M. Desnos, secrétaire général, lit au nom du conseil de famille de la Société un rapport favorable à la demande de M. Frémy, candidat au titre de membre honoraire.

GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS. — *M. Roques* lit une observation de *gangrène symétrique des extrémités* chez une albuminurique. A l'autopsie on trouva une lésion cardiaque (vegétations des valvules aortiques) et une néphrite interstitielle, les artères des membres inférieures étaient saines d'un bout à l'autre, il n'y avait pas d'embolies. — M. Roques est porté à penser qu'il peut y avoir des relations de cause à effet entre la néphrite et la gangrène.

ELECTIONS. — Nomination de M. Frémy comme membre honoraire et de MM. Tapret et Barth comme membres titulaires.

Ern. GAUCHER.

Faculté de médecine de Paris

SEMESTRE D'HIVER.

Les Cours du semestre d'Hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 3 novembre :

Physique médicale. — M. Gavarret, *physique biologique.* — Des phénomènes physiques de la vision. — Lundi, à 4 heures (petit amphithéâtre). — M. Gariel, agrégé, suppléant, *physique générale.* — Actions moléculaires, chaleur, électricité. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Jaccoud. — Maladies infectieuses et constitutionnelles. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Anatomie. — M. Sappey. — Les appareils de la digestion et de la respiration, de la sécrétion urinaire et de la génération. — Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Bouchard. — Les processus morbides. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Chimie médicale. — MM. Wurtz et Henninger, agrégé, suppléant. — Chimie inorganique (métalloïdes et métaux), applications à la médecine et à la toxicologie. — Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale. — M. Duplay. — Maladies des organes génito-urinaires chez l'homme. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Opérations et appareils. — M. Léon Le Fort. — Thérapeutique et opérations pour les maladies chirurgicales des appareils digestif, respiratoire, génito-urinaire, et pour les maladies chirurgicales de la face, du thorax, de l'abdomen et des membres. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Histologie. — M. Robin. — 1re partie du programme imprimé : La substance organisée, les éléments anatomiques et les humeurs. — Mardi jeudi, samedi, à 5 heures.

Anatomie pathologique. — M. Cornil. — Lésions des appareils respiratoire, digestif, génito-urinaire ; lésions de la peau. — Lundi, mercredi, à 3 heures 1/2, vendredi, à 2 heures, à l'Ecole pratique (rue Vauquelin).

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène. — Histoire des maladies populaires de la France (suite), bibliographie et biographie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale pratique. — M. Brouardel, à la Morgue. Tous les mercredis et vendredis, à 2 heures.

Cliniques médicales. — M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu. — M. Lasègue, à la Pitié. — M. Hardy, à la Charité. — M. Potain, à l'hôpital Necker. Tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball, à l'asile Sainte-Anne. Tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies des enfants. — M. Parrot, à l'hospice des Enfants assistés. Tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies du système nerveux — M. Charcot, à la Charité. Tous les jour de 8 heures à 10 heures du matin.

Cliniques chirurgicales. — M. Gosselin, à la Charité. — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu. — M. Verneuil, à la Pitié. — M. Trélat, à l'hôpital Necker. Tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique ophthalmologique. — M. Panas, à l'Hôtel-Dieu. Tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements. — M. Depaul, à la clinique de la Faculté. Tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

COURS AUXILIAIRES.

Cours auxiliaire de chimie médicale. — M. Hanriot, agrégé. — Etude chimique du sang et des phénomènes de la respiration, le lait, l'urine. — Mercredi, à 3 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale. — M. Bocquillon, agrégé. — Zoologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie interne. — M. Rendu, agrégé. — Maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie externe. — M. Terrillon, agrégé. — Maladies chirurgicales du thorax, de l'abdomen et des organes génitaux de la femme. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'accouchements. — M. Charpentier, agrégé. — Grossesse : étude générale. Maladies de la femme enceinte ; suite des couches normales et pathologiques. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de physiologie. — M. Cadiat, agrégé. — Notions de physiologie générale, fonctions de reproduction et développement, les organes des sens. — Mardi, jeudi, samedi, à midi (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique. — M. Joffroy, agrégé. — Anatomie pathologique générale, lésions des tissus, lésions des systèmes nerveux et musculaire et de l'appareil circulatoire.—Mercredi, à 2 heures (Ecole pratique, rue Vauquelin).

TRAVAUX PRATIQUES.

Anatomie. — M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — *Dissections.* Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures.

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques. — M. Farabeuf. — La tête, les centres nerveux, les organes des sens. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures 1/2 (Ecole pratique, rue Vauquelin).

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux. — Lundi et jeudi, 1re série; mardi et samedi, 2e série, de 9 heures à 11 heures.

Chimie médicale. — M. Armand Gautier, agrégé, chef des travaux. — Mardi, jeudi, de 1 heure à 3 heures; mercredi, vendredi, de 8 heures à 10 heures.

Physique médicale. — M. Gay, agrégé, chef des travaux. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 à 6 heures.

Anatomie pathologique. — M. Gombault, chef des travaux. — Tous les jours, à 2 heures (excepté le samedi) (Ecole pratique, rue Vauquelin).

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES.

1re année. — Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale, travaux pratiques : chimie, physique, histoire naturelle.

2e année. — Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe, travaux pratiques d'anatomie, d'histologie, de physiologie.

3e année. — Anatomie, histologie, anatomie pathologique, physiologie, pathologie interne et pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale, travaux pratiques de stage hospitalier, d'anatomie, d'histologie, de physiologie.

4e année. — Pathologie interne et pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générale, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale, cliniques spéciales, travaux pratiques de stage hospitalier de médecine opératoire, d'anatomie pathologique.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris (tableau des actes du 28 octobre au 3 novembre 1882). — *Lundi* 30. — doctorat, 3e (ancien régime) : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 3e (ancien régime) : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. Charcot, Hayem et Landouzy. — 4e : MM. Bouchardat, Parrot et Rendu. — 5e (Charité) : MM. Potain, Guyon et Budin. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Fournier et Pinard.

Mardi 31. — Doctorat, 1er (nouveau régime) : MM. Baillon, Henriot et

Bourgoin. — 1er (nouveau régime) : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. G. Sée, Brouardel et Troisier. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Peter et Bouilly. — 5e (Charité) : MM. Richet, Cornil et Charpentier.

Vendredi 2. — Doctorat, 2e (médecine opératoire) : MM. Verneuil, Duplay et Marchand. — 2e (nouveau régime, physiologie) : MM. Béclard, Vulpian et Cadiat. — 3e : MM. Regnaud, Henninger et Bocquillon. — 1er (Fin d'année) : MM. Baillon, Gay et Bourgoin. — 3e (fin d'année) : MM. Fournier, Terrillon et Dieulafoy. — 5e (Charité) : MM. Charcot, Guyon et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Parrot et Budin.

Samedi 4. — Doctorat, 1er (dissection) : MM. Sappey, Cornil et Richelot. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve pratique aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin (entrée rue Vauquelin). — 3e (nouveau régime, pathologie interne et pathologie générale) : MM. Hardy, Bouchard et Legroux. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Ball et Jaccoud. — 5e (Charité) : MM. Lasègue, Panas et Charpentier.

Samedi, 4. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 19 *au* 25 octobre 1882. — **Fièvre typhoïde, 173. — Variole, 5. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 29. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.**

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 71.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 65.

Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 50. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 52; au sein et mixte, 39; inconnu, 5. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 86; l'appareil circulatoire, 58; l'appareil respiratoire, 62; l'appareil digestif, 46; l'appareil génito-urinaire, 26; la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 0; causes mal définies, 0. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 6. — Nombres absolus de la semaine, 1077. Résultats de la semaine précédente : 1111.

Le nombre des décès par Fièvre typhoïde est descendu cette semaine à **173** et celui des admissions dans les hôpitaux à **406**. Ce sont encore là des chiffres considérables, mais qui, comparés à ceux des semaines précédentes, accusent une réelle amélioration et font espérer que la maladie est entrée désormais, d'une manière définitive, dans sa période décroissante.

En même temps que l'épidémie perd sa violence, il semble qu'elle tende à se répandre dans les circonscriptions jusqu'ici épargnées. C'est ainsi que le 14e arrondissement a compté cette semaine **12** décès et le 13e arrondissement **6**. C'est toutefois le 18e qui demeure le plus éprouvé. Les quartiers Clignancourt, Goutte-d'Or et La Chapelle, ont fourni à eux trois **28** décès. Dans le 19e arrondissement, le quartier du Combat et celui de La Villette ont eu l'un **7** et l'autre **6** décès; dans le 10e, ceux de Saint-Vincent-de-Paul et du Faubourg-Saint-Martin en ont fourni **6** et **7**; enfin il s'est produit **7** décès dans le quartier Saint-Gervais. Tous ces quartiers ont été signalés, dès le début, comme étant les plus frappés; les chiffres de décès qu'ils fournissent encore, bien qu'inférieurs à ceux des dernières semaines montrent que l'épidémie n'abandonne pas son terrain de prédilection.

Dr BERTILLON.

AVIS. A l'occasion de la fête de la Toussaint, la FRANCE MÉDICALE ne paraîtra pas jeudi prochain.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc^r^ Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 52 JEUDI ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 52. Samedi 4 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, 2 novembre 1882.

Après une communication de M. Giraud-Teulon, destinée à combattre la théorie de Young-Helmholz relative à la perception des couleurs par trois sortes de fibres fondamentales de la rétine et du nerf optique, la séance de l'Académie a été consacrée tout entière à la fièvre typhoïde et à l'exposition d'un projet, rappelé par M. Proust et qui tirait une nouvelle actualité de l'épidémie. M. A.-J. Martin, secrétaire général adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, a communiqué à cette société, il y a deux ans, un projet dont nous avons parlé à cette époque et qui avait pour but la création en France d'une direction générale de la santé publique. Cette direction générale aurait elle-même réparti ses attributions entre quatre divisions : assistance médicale, service sanitaire extérieur, hygiène publique, enfin statistique et démographie. C'est à peu près le même projet que reprend M. Proust, en montrant combien il est urgent d'en poursuivre la création. En France, on décide en général les mesures quand la maladie épidémique est arrivée à son apogée, de sorte que leur réalisation coïncide le plus souvent avec le départ de l'épidémie.

Le travail de M. Martin a été adressé, sous forme de pétition, à la Chambre des députés et renvoyé par celle-ci à l'examen du ministre compétent. On sait combien de projets peuvent recéler les cartons ministériels et comme ceux qui ont pu s'y faufiler ont de la peine à revoir le jour. Il n'était donc pas inutile d'exhumer cette proposition qui rendrait de grands services si l'on en obtenait la réalisation. Qu'il y ait un ministère ou simplement une direction générale de la santé publique, le nom importe peu; mais il est certain qu'il y a beaucoup à faire pour améliorer les conditions dans lesquelles nous nous trouvons, à Paris par exemple. D'après une courte note lue par M. Brouardel à la dernière séance de la Société de médecine publique, la mortalité par les maladies épidémiques et contagieuses (fièvre typhoïde, variole, rougeole, scarlatine, diphthérie) a presque doublé parmi nous depuis une quinzaine d'années; à Bruxelles, au contraire, cette mortalité a diminué d'une façon considérable depuis cinq ou six ans, c'est-à-dire depuis que le gouvernement belge a créé, sous la direction du Dr Janssens, le service que nous réclamons ici.

M. Léon Colin a continué la discussion sur la fièvre typhoïde en cherchant à laver les casernes du reproche que leur avait fait M. Lancereau d'être l'une des causes de l'épidémie; M. Le Fort a montré l'influence de la disposition vicieuse de nos égouts; enfin, M. Jules

Guérin a demandé très sagement que l'on s'occupât de la fièvre t-
phoïde elle-même et que les cliniciens vinssent dire à l'Acadé-
quels étaient les caractères particuliers de l'épidémie actuelle et
quelles causes on pouvait rattacher sa bénignité relative.

A. Ch.

Dans notre dernier premier-Paris, à propos de la création d'une s-
ciété française d'ophthalmologie, nous avons laissé passer une err-
typographique que les lecteurs auront certainement rectifiée. L-
commission nommée au congrès d'Amsterdam se composait pour l-
France de MM. Giraud-Teulon, Panas (et non Parrot) et Gayet.

Sur un cas de gomme du foie (probablement due à une syphilis tardive).

Par le Dr H. Barth,
Médecin des hôpitaux,

(*Suite et fin.*)

Autopsie 24 heures après la mort. — L'aspect extérieur du ca-
vre ne présente rien de particulier. Les membres inférieurs s-
siège d'un léger œdème. On ne découvre aucune altération du s-
lette.

La cavité thoracique, très petite, à parois minces et déprimées s-
ble appartenir à un enfant. Les plèvres, saines et absolument dé-
vues d'adhérences, ne renferment qu'une faible quantité de sérosit-
poumons, peu volumineux, sont fortement œdématiés à leur bas-
laissent écouler à la coupe une sérosité rougeâtre; ils sont du -
sains et ne renferment pas la moindre trace de tubercule; les s-
mets, minutieusements fouillés, ne présentent aucun dépôt casé-
Le cœur très petites t comme atrophié et ne pèse que 137 gram-
les orifices et les valvules ne présentent pas d'altération.

La cavité péritonéale est distendue par une notable quantité de -
rosité purulente; le péritoine dans sa totalité présente un éta-
flammatoire très marqué, avec rougeur et injection de la séreuse -
pariétale que viscérale; mais l'examen le plus attentif n'y fait -
découvrir qui ressemble à une granulation tuberculeuse. Il y a -
ou pas d'engorgement des ganglions mésentériques.

L'utérus et les ovaires, peu développés, paraissent sains; les re-
sont fortement congestionnés, normaux du reste; la rate vol-
neuse et légèrement indurée. Les autres organes abdominaux s-
sains, à l'exception du foie, dont les lésions constituent le point i-
ressant de l'autopsie.

(1) Voir *France médicale*, n° 51.

Le foie, bizarrement déformé, présente une atrophie très marquée du lobe droit, qui est comme ratatiné et réduit à une masse à peine plus grosse que le poing, nichée dans la gouttière costo-vertébrale; le lobe gauche au contraire est hypertrophié et constitue la principale partie de l'organe. La surface du foie présente une périhépatite généralisée et des adhérences intimes avec les parties voisines; la vésicule biliaire est atrophiée et réduite au volume d'une petite prune; ses parois sont fortement épaissies et sa cavité enflammée ne renferme qu'un peu de mucus verdâtre; les grandes voies biliaires sont perméables; il en est de même de la veine porte dans son trajet abdominal.

A la coupe, l'aspect du foie est tout particulier : le tissu, ferme et consistant, criant sous le couteau, rappelle l'aspect granité du foie cardiaque, mais avec moins de régularité ; les lobules les plus rapprochés du centre sont entièrement jaunes et graisseux ; ceux des couches superficielles au contraire sont rouges et fortement injectés; la capsule de Glisson et très épaissie; au niveau du lobe droit l'altération atteint son maximum : les lobules superficiels affaissés et congestionnés, simulent l'aspect du tissu splénique, et les plaques graisseuses centrales dessinent sur ce fond rouge des taches irrégulières, ramifiées et sinueuses. En coupant ce lobe droit par tranches minces, on arrive à découvrir la cause de ces lésions, qui avaient échappé à un premier examen ; au niveau du bord postérieur du foie, au point précis ou les veines sus-hépatiques viennent s'aboucher dans la veine cave, il existe une sorte de noyaux fibroïde, du volume d'une petite noix, d'apparence cicatricielle, et dont le tissu grisâtre et translucide renferme encore quelques débris d'une substance caséiforme, sèche et friable, bien qu'assez ferme, semblable à de la chataigne à demi-cuite. A ces caractères on reconnaît du premier coup d'œil une gomme du foie; mais ce qu'il y a d'insolite, c'est que la cicatrice a englobé dans sa rétraction les deux veines sus-hépatiques, et a déterminé leur *oblitération absolue*; la veine cave, fendue dans sa longueur, ne présente à ce niveau qu'une petite dépression en cupule, sans le moindre orifice perméable; quelques veinules accessoires, de faible calibre, sont seules demeurées intactes.

Cette singulière lésion permet de comprendre les caractères particuliers de l'altération du foie, et sa ressemblance manifeste avec celle de la stase cardiaque ; la rétraction cicatricielle a produit (et probablement assez vite) une véritable ligature des deux veines sus-hépatiques principales, d'où la stase dans tout l'appareil veineux des lobules et la dégénérescence graisseuse rapide des cellules hépatiques; la gêne circulatoire s'étendant de proche en proche au système de la veine porte a déterminé l'affusion du sérum dans le péritoine, et l'ascite une fois produite a dû se renouveler avec une excessive rapi-

dité après chaque ponction, puisque la barrière absolue établie au ni-
veau des veines sus-hépatiques ne laissait au système porte d'autre
échappement que les circulations accessoires. Quant à l'atrophie
du lobe droit, elle s'explique suffisamment par la gêne de la circula-
tion artérielle qui a dû résulter du développement et de la cicatrisa-
tion d'une tumeur gommeuse à la racine de ce lobe.

L'examen histologique, que nous abrégerons afin de ne pas grossir démesurément cette observation, déjà trop longue, a confirmé de tous points les résultats fournis par l'autopsie, et contribué à montrer encore mieux l'extrême complexité des lésions. Au niveau de la gomme hépatique, le tissu des coupes présentait une gangue fibreuse presque hyaline, à faisceaux indistincts renfermant à peine quelques rares noyaux, et circonscrivant des masses irrégulières de volume variable, à surface jaunâtre, opaque et granuleuse, évidemment formées par de la matière caséeuse desséchée. Sur les limites de la nodosité cicatricielle, on retrouve les mêmes faisceaux fibreux entourant les lobules hépatiques fort altérés ; les cellules, étouffées par des tractus qui les séparent les unes des autres, sont ratatinées et atrophiées ; la plupart ont subi la dégénérescence graisseuse. Dans d'autre points du foie, notamment au niveau du lobe gauche, on distingue plus nettement l'altération résultant de la stase veineuse : les veines centrales des lobules sont dilatées et leurs parois épaissies ; la zone adjacente est sclérosée et les cellules hépatiques méconnaissables ; mais les espaces périlobulaires ne sont pas épargnés. Et surtout le développement exagéré du tissu conjonctif, l'altération graisseuse et atrophique des cellules montrent qu'il existe une hépatite interstitielle diffuse qui n'a épargné aucune partie de l'organe. Au voisinage de la capsule de Glisson épaissie, des travées fibreuses encore plus épaisses viennent s'enfoncer en tout sens dans le tissu du foie, et compriment les lobules soit isolément soit par groupes ; là, comme ailleurs, la plupart des éléments cellulaires sont en dégénérescence granuleuse ou granulo-graisseuse.

Cette observation pourrait fournir matière à des commentaires développés ; nous nous bornerons à mettre en lumière deux des points principaux. Et d'abord, quelle est l'origine de cette gomme ancienne si inopinément découverte dans le foie d'une enfant de 15 ans ? Peut-on raisonnablement l'attribuer à une syphilis acquise? L'âge de la malade, l'époque très récente et le caractère incomplet de la défloration, l'absence de toute manifestation cutanée ou muqueuse à la suite du premier (et unique) rapprochement sexuel, tout cela exclut la possibilité d'une syphilis génitale. Quant à l'existence d'une infection antérieure d'origine extra-génitale, par exemple d'une syphilis vaccinale ou par allaitement, nous ne pouvons la ...

d'une manière absolue, mais les antécédents de la malade venaient si peu à l'appui de cette hypothèse, qu'après l'avoir sérieusement discutée à l'autopsie nous l'avons rejetée sans hésitation, et nous avons cru devoir rattacher la lésion hépatique à la scrofule dont la malade nous paraissait entachée. Nous avions même étiqueté l'observation sous le titre de gomme scrofuleuse du foie. Aujourd'hui il n'est plus nécessaire d'avoir recours à cette appellation hybride. Des travaux récents, que nous n'avons pas à rappeler, ont détaché du cadre de la scrofule telle qu'on la concevait autrefois deux ordres de faits : ceux de lésions tuberculeuses locales, et ceux relatifs à la syphilis héréditaire. Nous croyons qu'après la lecture de notre observation, personne n'hésitera à reconnaître qu'elle doit se placer très probablement dans cette seconde catégorie, et que la vraisemblance autorise à attribuer non seulement la lésion hépatique, mais encore les altérations pharyngiennes et oculaires observées chez cette malade, à une manifestation tardive de la syphilis héréditaire.

Quant au second point sur lequel nous appelons l'attention du lecteur, il est relatif à la lésion singulière et assurément rare déterminée par le développement et surtout par la régression de cette gomme hépatique : oblitération complète des grosses veines sus-hépatiques, et arrêt consécutif de la circulation dans le foie. Malgré cette lésion qui paraît peu compatible avec l'existence, la malade a survécu pendant plusieurs mois, et si elle a fini par succomber, c'est plutôt à l'épuisement causé par des ponctions répétées et par la spoliation séreuse qui en était le résultat qu'à l'altération du sang que l'on considère ordinairement comme inévitable quand la circulation hépatique, et par conséquent la fonction dépurative du foie, est sérieusement compromise. Observons, pour expliquer cette apparente anomalie, que chez cette malade, soumise au régime lacté, gardant un repos absolu, les échanges nutritifs ont été dès le début réduits au minimum, et surtout que l'émonctoire hépatique a continué chez notre malade à fonctionner régulièrement jusqu'à la fin.

Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde, à Paris. L'épidémie actuelle du 22 septembre au 19 octobre 1882.

Par M. de Pietra Santa (1).

J'ai présenté à l'Académie, dans une première communication, l'histoire étiologique de la fièvre typhoïde, à Paris, pendant une période s'étendant de 1875 au 1er semestre de 1882. J'ai l'honneur de lui communiquer aujourd'hui les conclusions auxquelles j'ai été conduit par l'ensemble des documents que j'ai pu recueillir sur l'épidémie

(1) Communication à l'Académie des sciences.

régnante, depuis le 1ᵉʳ juillet jusqu'à ce jour. J'ai réuni ces documents dans des cartes graphiques, pour les quatre dernières semaines, qui correspondent à la période de recrudescence.

A la suite de ces recherches, je crois pouvoir établir les trois propositions suivantes :

1° L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Paris est grave, par la longue période de ses manifestations et recrudescences ; grave aussi, par le nombre élevé de ses victimes pendant les derniers mois.

2° Le chiffre des décès typhiques poursuit, à Paris, une progression continue. Il était de 1,90 décès typhiques pour 100 décès par toutes causes, en 1865-1867 ; il s'est élevé à 4,08 pour 100 en 1875, et à 4,60 en 1881.

3° Pendant la période 1875-1882, les arrondissements les plus atteints ont été les XVIIᵉ, XVIIIᵉ, Xᵉ et XIXᵉ, au nord et au nord-est ; le XIᵉ et le XIIᵉ, au sud-ouest.

Pour le premier semestre 1882, le chiffre des décès typhiques a été de 919 ; pour les trois mois suivants, il est de 738, et pour les quatre dernières semaines, de 628, soit un total de 2,285 décès typhiques, déjà supérieur au chiffre 2,130 de l'année dernière.

En reportant ces chiffres aux localités d'origine, les vingt arrondissements, puis les quatre-vingts quartiers de la capitale, on constate :

1° La généralisation de la maladie dans les vingt arrondissements.

Les moins atteints (0,10 à 0,19 décès typhiques par 1,000 habitants) sont les IIᵉ, XIVᵉ, XIIIᵉ, IXᵉ, XXᵉ et XVIᵉ.

Les plus éprouvés (0,34 à 0,55 décès par 1,000 habitants) sont, en progressant du moins au plus, les Iᵉʳ (chiffre brut des décès, [illegible]), Xᵉ (62), IIIᵉ (39), XVIIIᵉ (90), XIXᵉ (62), VIIᵉ (45).

Les autres arrondissements figurent sur les cartes graphiques dans une catégorie intermédiaire (0,20 à 0,33 décès par 1,000).

2° La présence de la maladie dans tous les quartiers de Paris, à l'exception des quatre quartiers d'Amérique et de Saint-Fargeau à l'ouest, la Salpêtrière et le Petit-Montrouge au sud.

3° Dans un même arrondissement éprouvé, le XIXᵉ par exemple, pendant que le quartier de la Villette compte 35 décès, celui du Combat au sud n'en a que 18, le Pont-de-Flandre au nord-est 8, et le quartier d'Amérique au sud-est, aucun décès.

En rangeant les 80 quartiers par catégories, et en tenant compte seulement du chiffre des décès, sans rapport proportionnel avec la population, on forme quatre catégories :

Première, aucun décès (4 quartiers) ;

Deuxième, de 1 à 9 (la plus nombreuse comprend 51 quartiers) ;

Troisième, de 10 à 19 décès (compte 19 quartiers) ;

Quatrième, de 20 à 35 décès (renferme 6 quartiers).

J'ai examiné avec grand soin l'influence nocive que l'on a cru pouvoir attribuer à la voirie de Bondy, aux trois grands égouts collecteurs, aux grands travaux de Paris, aux foyers épidémiques dans les établissements hospitaliers. Voici les conclusions auxquelles j'ai été conduit :

L'étude, par quartiers, de la fièvre typhoïde démontre, une fois de plus, qu'en outre des circonstances générales sous la dépendance de vicissitudes atmosphériques exceptionnelles, de conditions saisonnières se rapportant à la loi d'exacerbation automnale si bien mise en évidence à la Société médicale des hôpitaux par M. E. Besnier, des aptitudes professionnelles d'acclimatement pour cette légion de maçons, de terrassiers et d'ouvriers en bâtiment, arrivant de la province, il faut surtout se préoccuper de l'aménagement défectueux de l'habitation, du mauvais état de la maison, qui se résument dans trois facteurs puissants d'auto-infection, l'encombrement, la malpropreté, l'installation malsaine des escaliers et des lieux d'aisance.

Je dois reconnaître enfin que, pour être complètes, ces recherches devraient donner des notions exactes sur la *morbidité* ; car on ne peut bien déterminer la gravité d'une épidémie qu'en connaissant le nombre des malades atteints, afin d'établir avec exactitude la proportion des personnes qui ont subi les atteintes du fléau avec le chiffre des décédés.

Malheureusement, l'étude de la morbidité est faite à Paris d'une manière très imparfaite ; elle se poursuit en Angleterre dans des conditions plus intelligentes, plus pratiques et partant beaucoup plus instructives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *octobre* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

M. Hardy présente de la part de M. le Dr Michel, de Chaumont (Haute-Marne) une note sur la cause de la disparition de la fièvre typhoïde dans cette ville.

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. Tanret, une note manuscrite sur les trochisques désinfectants.

CONSIDÉRATIONS SUR LA DOCTRINE DES TROIS FIBRES FONDAMENTALES D'YOUNG COMME BASE D'UNE THÉORIE DES SENSATIONS COLORÉES. — *M. Giraud-Teulon.* Cette théorie, restée jusqu'à ces derniers temps dans le domaine purement spéculatif, s'est vue récemment en opposition avec des faits; cette conception se rattachait à la théorie des émissions, mais elle ne rencontre aucune objection de la part de la théorie des ondulations elle-même. Les trois sortes de fibres aux-

quelles Young résumait la rétine et par suite le nerf optique avaient pour but de percevoir le vert, le rouge et le violet. Dès son apparition, diverses objections ont été faites à cette théorie.

L'une des principales est tirée des malades qui ont une cécité absolue pour les couleurs. On ne peut d'ailleurs, pour aucun nerf des organes des sens, admettre un nombre limité de genres de vibrations. Toutes les fibres nerveuses des différents nerfs ont, comme l'a prouvé M. Vulpian, les mêmes fonctions et celle-ci ne diffèrent que par le mode d'origine et de terminaison des nerfs.

LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — *M. Proust.* L'épidémie de fièvre typhoïde semble être dès maintenant en décroissance. Cependant il est nécessaire de tirer des conditions actuelles des conséquences pour l'avenir.

L'étiologie est encore aujourd'hui entourée d'une profonde obscurité. La fièvre typhoïde n'est pas une maladie dans laquelle l'isolement soit absolument nécessaire, mais ce qu'il faut éviter c'est l'encombrement. Or dans tous les hôpitaux de Paris, ces derniers temps, l'encombrement a été considérable et continuel. Tout en reconnaissant les améliorations apportées à la situation hospitalière, l'état actuel est encore loin d'être satisfaisant. Depuis quelques jours seulement des mesures réellement sérieuses ont été prises.

En France les mesures d'hygiène sont encore régies par des arrêtés de 1789 et 1794. Les mesures sont prises en général quand l'épidémie est arrivée à son apogée; or l'hygiène devrait être la médecine préventive. M. Proust réclame donc un pouvoir qui puisse prévoir et prendre ces mesures et réclame, après M. A. J. Martin, une direction générale de la santé publique.

Cette direction n'existe pas en France, mais on pourrait en trouver des exemples à l'étranger. M. Proust indique les mesures prises dans ce sens à Bruxelles. Il y a là un intermédiaire compétent, M. Janssens, entre l'administration et le corps médical. L'organisation sanitaire dans cette ville est bien supérieure à ce qu'elle est à Paris.

Depuis que ces mesures sont en vigueur, l'état sanitaire de Bruxelles s'est notablement amélioré. La mortalité par la fièvre typhoïde a diminué de près de moitié depuis six ans, tandis qu'à Paris, d'après une récente communication de M. Brouardel à la Société de médecine publique, ce chiffre a presque doublé.

Le général Cavaignac a créé, en 1848, le comité d'hygiène et les conseils d'hygiène. Ce sont là les germes qu'il s'agit de faire fructifier, mais, sur les 27,000 communes de France, il n'y en a plus que trois où la commission des logements insalubres fonctionne régulièrement.

Il faut donc établir en France une direction de la santé publique en rapport direct avec le maire et le conseil municipal élu ou bien avec le gouvernement. Sans cela il n'y aura que des mesures

incohérentes sans aucune liaison, Pour que cette organisation produise des résultats féconds. il faut des agents spéciaux et conpétents à tous les degrés de la hiérarchie et surtout des médecins ayant reçu une éducation sanitaire spéciale.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — *M. Léon Colin.* Les soldats sont en général beaucoup plus exposés à la fièvre typhoïde que la population civile, celle-ci ayant pour elle l'accoutumance. Il faut donc placer les casernes dans les conditions hygiéniques les meilleures possible. M. Colin combat cependant cette opinion d'après laquelle les casernes de Paris seraient une des causes de l'épidémie actuelle. Il faudrait comparer les soldats à une autre catégorie similaire d'individus, celle des personnes du même âge arrivées récemment à Paris. D'après M. Bertillon lui-même, l'épidémie de fièvre typhoïde a commencé dans des quartiers qui ne renferment pas de caserne. On a invoqué l'influence des vents transportant les germes de la fièvre typhoïde de l'Ecole militaire vers le XVIII° arrondissement, mais ce transport des germes à grandes distances n'est pas dans les allures de la fièvre typhoïde qui se développe de préférence de maison à maison.

M. de Pietra Santa lit une note qui est à peu près le résumé du travail déjà communiqué par lui à l'Académie des sciences et que nous reproduisons ci-dessus (v. p. 617.).

M. Le Fort désire signaler un fait qui a passé inaperçu dans l'agencement des égouts de Paris. On accuse du développement de l'épidémie de fièvre typhoïde des fosses fixes munies de tuyaux d'évent qui conduisent les germes sur les toits, d'ou ils sont transportés par les vents sur tout Paris. Or, tous les égouts de Paris sont eux-mêmes munis de tuyaux d'évent, puisqu'il y a une communication directe des égouts avec l'atmosphère. Il y a donc là un défaut dans l'agencement des égouts de Paris.

M. Lagneau. Les médecins-inspecteurs militaires ont chaque année signalé le mauvais état des casernes de Paris Dans une discussion récente au conseil municipal, deux membres ont donné des détails très circonstanciés sur les égouts de l'Ecole militaire. Cette école contient, paraît-il, le chiffre énorme de près de 4,000 soldats; elle renferme en outre 105 malades parmi lesquels la mortalité est très considérable. On a d'ailleurs remarqué qu'au camp de Châlons les soldats, placés dans les conditions les plus défectueuses, avaient cependant un état sanitaire meilleur que dans les casernes de Paris.

Les commissions d'hygiène d'arrondissement ne peuvent rendre aucun service dans les conditions où elles se trouvent et il serait nécessaire de remanier la législation qui les régit.

M. Jules Guerin aurait voulu que cette discussion sur la fièvre typhoïde nous éclairât sur divers polnts relatifs à cette épidémie.

Il désire donc que les médecins veuillent bien faire connaître les observations qu'ils ont pu faire sur les symptômes de l'épidémie actuelle. Sa bénignité relative est-elle due au peu d'intensité des symptômes ou aux modes de traitement?

La séance est levée à 5 heures.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort du Dr GOURGEAUX, médecin aide-major de première classe, qui a succombé, le 9 octobre, à l'hôpital militaire de Sousse, enlevé par la fièvre typhoïde quelques semaines après son arrivée en Tunisie.

Après les docteurs Leprieur et Hervion, Gourgeaux est le troisième médecin qui meurt à l'hôpital de Sousse dans l'espace de quelques mois, à la suite de la fièvre typhoïde contractée dans son service,

Ces morts sont l'honneur du corps de santé militaire et répondent d'une façon malheureusement trop éloquente aux accusations malveillantes portées contre lui au début de la campagne de Tunisie.

—Le Dr Adolphe MASSON, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Didier (Vaucluse), vient de mourir à l'âge de 52 ans. Notre confrère avait été, pendant plusieurs années, médecin de l'hôpital de Carpentras et maire de cette ville.

— Le Dr SÉGURET, de Rodez, est mort le 20 octobre à l'âge de 63 ans. Il était médecin de l'Hôtel-Dieu et du chemin de fer et avait été conseiller général de l'Aveyron.

NOUVELLES

LE DOCTORAT ÈS SCIENCES MÉDICALES. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

Paris, le 30 octobre 1882.

Monsieur le recteur,

Le vœu a été plusieurs fois exprimé qu'il fût créé un grade supérieur au doctorat en médecine, sous le nom de doctorat ès sciences médicales. Je vous prie de consulter à ce sujet les facultés de médecine, les écoles de plein exercice, les écoles préparatoires et les conseils académiques.

Pour que les diverses opinions qui seront exprimées puissent être plus facilement comparées, les questions suivantes devront être successivement examinées. Les assemblées de professeurs et les conseils académiques ont naturellement toute la liberté d'étendre ensuite la discussion et d'exposer tel système qui leur paraîtra convenable.

1° Utilité, au-dessus du doctorat en médecine, qui est surtout un grade professionnel, d'un grade supérieur supposant des connaissances plus complètes et plus scientifiques, des études plus personnelles et plus originales;

2° Outre le doctorat en médecine, quelles exigences pourrait-on impo-

ser aux candidats au doctorat ès sciences médicales (internat, prosectorat, concours des hôpitaux, grades pris dans les facultés des sciences, etc.)? —Quelles équivalences pourraient être établies entre les diverses preuves de travail et de mérite que le candidat aurait données?

3° Comment devraient être constituées les épreuves?

I. Devraient-elles être précédées d'une scolarité fixe ou exiger seulement des connaissances spéciales que le candidat aurait acquises en pleine liberté? — Quelles devraient être les épreuves? Une double thèse originale suffirait-elle? — Cette double thèse devrait-elle être accompagnée d'interrogations sur d'autres sujets? — Une des thèses pourrait-elle être remplacée par des propositions que choisirait la faculté?

II. Y aurait-il lieu d'exiger du candidat qu'il prît chacune des thèses dans des ordres différents d'études correspondant aux divisions actuelles de l'agrégation? Pourrait-il se borner à un seul ordre d'études?

Les conditions seraient-elles les mêmes pour les sciences anatomiques et physiologiques, pour les sciences physiques et naturelles, pour la médecine proprement dite et la médecine légale, pour la chirurgie et les accouchements?

En résumé, quels seraient les moyens de donner à ce grade nouveau une haute valeur scientifique?

4° Le doctorat ès sciences médicales devrait-il être exigé des candidats à l'agrégation? Prévoit-on qu'il modifierait les conditions de ce concours en les simplifiant, et qu'il aiderait ainsi à résoudre la question même du concours de l'agrégation, question qui a été mise à l'étude et sur laquelle les facultés de médecine ont exprimé des avis différents? — Ce grade devrait-il être exigé des candidats aux suppléances pour les écoles de plein exercice et préparatoires? — Dans quelle mesure pourrait-il remplacer les concours et permettrait-il de modifier les conditions de recrutement en usage aujourd'hui dans ces écoles?

Le choléra en Cochinchine. — Le *Journal officiel* publie la note suivante datée de Saïgon, 1er septembre :

Une grave épidémie de choléra sévit en Cochinchine; elle semble ménager les Européens, car on ne cite que trois décès parmi ces derniers, alors que dix mille indigènes ont déjà succombé. L'administration française fait admirablement son devoir, et le dévouement montré par ses agents produit sur les indigènes le meilleur effet et le plus utile à notre influence.

C'est la première fois que les ravages de l'épidémie sont sérieusement combattus, et les Annamites éprouvent une véritable surprise en voyant nos fonctionnaires, qu'ils étaient disposés à considérer comme des maîtres exigeants, braver la mort pour soigner leurs malades.

École d'anthropologie. — L'ouverture des cours de l'année scolaire 1882-1883 aura lieu le samedi 4 novembre, à 2 heures.

M. le Dr Paul Topinard, directeur-adjoint des laboratoires d'anthropologie de l'École des hautes études, commencera son cours d'anthropologie générale le samedi 4 novembre à deux heures, et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure. Il traitera cette année : 1° de l'historique de l'anthropologie; 2° de l'anthropométrie.

M. le Dr Mathias-Duval, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, commencera son cours d'anthropologie zoologique le mercredi 11 novembre, à cinq heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure. Le programme de son cours est : anthropogénie et embryologie comparée des vertébrés; première partie, le darwinisme; deuxième partie, les circonvolutions cérébrales.

M. le Dr Dally commencera son cours d'ethnologie le jeudi 9 novembre, à 2 heures, et le continuera les jeudis suivauts à la même heure. Il s'occupera cette année de la description des races humaines, de leur répartition géographique, des croisements, dégénérescence, filiation, évolution, etc.

M. le Dr A. Bordier commencera son cours de géographie médicale le samedi 11 novembre, à 4 heures, et le continuera les samedis suivants à la même heure. Il traitera de l'influence comparée du milieu social sur la production, la marche et la répétition des maladies.

M. le Dr Bertillon, chef de la statistique municipale de Paris, sera suppléé par M. Jacques Bertillon, qui commencera son cours de démographie le vendredi 10 novembre, à 4 heures, et le continuera les vendredis suivants à la même heure. Le programme du cours comprendra l'étude de la statistique du mariage, des naissances et des décès dans les différents pays de l'Europe.

M. Gabriel de Mortillet commencera son cours d'anthropologie préhistorique le lundi 6 novembre, à 4 heures, et le continuera les lundis suivants à la même heure. Il traitera du protohistorique en insistant sur la religiosité au point de vue ethnique, etc.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — Le préfet de la Seine a nommé une commission technique chargée de rechercher le procédé d'évacuation des matières fécales, le plus conforme aux lois de l'hygiène.

Parmi les membres de cette commission, nous voyons figurer MM. Bouley, membre de l'Institut (académie des sciences), vice-président, Bourneville, Brouardel, Fauvel, Girard (Aimé), Guéneau de Mussy (Henri), Loiseau (Charles), Lamouroux, Vallin, Marié-Davy, Proust, Robinet, Royer, hygiènistes; Napias, membre de la Commission des logements insalubres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le doyen recevra désormais les élèves, dans son cabinet, le mercredi et le samedi, à 4 heures.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro du *Journal of cutaneous and venereal diseases*, journal mensuel publié à New-York par les docteurs Henry G. Pifford, et Prince A. Morrow.

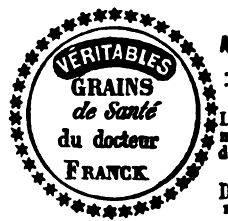
MALADIES DES FEMMES. — M. le Dr Chéron recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, rue de Savoie, 9, le lundi 13 novembre à une heure et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31


VERITABLE
TRAIT DE VIANDE
LIEBIG


VIN DE VIAL


VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK

Vingt-Neuvième Année — Tome II. N° 53 Mardi 7 Novembre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

ABONNEMENTS
UN AN
France............ 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 53. Mardi 7 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

REVUE CRITIQUE

Les maladies par ralentissement de la nutrition,

Par M. le Dr H. Barth.
Médecin des hôpitaux.

La pathologie générale a fait depuis peu d'étranges progrès. Longtemps elle n'avait été qu'un prétexte à dissertations philosophiques, une matière commode à amplifications transcendantes ; il a fallu le rapide essor de toutes les sciences biologiques, et les merveilleuses découvertes réalisées dans le domaine médical par des hommes qui n'étaient pas tous des médecins, pour convaincre enfin les pathologistes qu'ils s'attardaient en vain à de stériles méditations sur la vie, sur le stimulus, ou sur la finalité des êtres, et pour les décider à entrer résolument à leur tour dans la voie infiniment plus pénible, mais seule féconde, de l'expérimentation et de l'analyse physico-chimique. Encore la conversion aux méthodes nouvelles n'avait-elle jamais été bien franche dans notre pays : malgré l'exemple donné dès les premiers jours par quelques esprits supérieurs, comme Andral et Gavarret, malgré les admirables résultats obtenus par le génie de Claude Bernard, la masse des travailleurs français était restée longtemps presque étrangère au mouvement scientifique qui s'accomplissait à nos portes, et cette abstention volontaire, motivée par une prédilection mal comprise pour la clinique pure, avait permis aux Allemands, jadis nos disciples, de devenir sur bien des points nos maîtres.

Cette fâcheuse indifférence a enfin cessé, et par un de ces retours soudains qui sont à la fois un travers et une qualité de notre esprit national, chacun se presse à l'envi sur un terrain hier encore abandonné à nos rivaux. L'esprit d'émulation réveillé par nos malheurs, et surtout l'enthousiasme suscité par les grands travaux d'un homme dont le nom est dans toutes les bouches, ont fait naître une phalange d'esprits nouveaux, rompus à toutes les difficultés de la science moderne, et prêts à accueillir la vérité d'où qu'elle vienne, sans parti-pris d'école ni de système. Grâce à leurs efforts, on peut déjà entrevoir le jour où la science médicale française aura reconquis le rang qu'elle n'aurait jamais dû perdre.

Parmi les savants qui se sont consacrés à cette grande tâche, l'un des plus considérables est assurément M. le professeur Bouchard, et le premier cours par lequel il a inauguré son enseignement dans la chaire de pathologie générale de la Faculté de Paris marque une étape importante dans le rapide mouvement qui emporte la médecine vers un avenir nouveau.

Les ***Maladies par ralentissement de la nutrition***, tel est le sujet de ces leçons, professées pendant l'hiver de 1879-80, et qui viennent d'être réunies, par les soins de M. le Dr H. Frémy, en un très beau volume. Le titre, aussi neuf qu'original, est à la fois un programme et une profession de foi; il résume l'idée principale qui se dégage des leçons de M. Bouchard. Cette idée peut être formulée ainsi: à côté des altérations organiques grossières, des inflammations et des dégénérescences, il existe des troubles de la nutrition générale qui, pour ne pas se manifester par des lésions anatomiques appréciables, n'en déterminent pas moins d'importantes modifications dans la constitution physico-chimique des cellules et par conséquent dans les humeurs de l'économie; parmi ces troubles, un des plus fréquents, un de ceux qui méritent le plus d'être étudiés, c'est le ralentissement de la nutrition; à cette cause il faut attribuer toute une série de maladies dont les rapports, entrevus depuis longtemps par les cliniciens, sont mathématiquement démontrés par la notion de l'hérédité; la manière d'être particulière de l'organisme, à laquelle Bazin a donné le nom d'arthritisme et dont certains auteurs ont fait la diathèse rhumatismale et la diathèse goutteuse, n'est autre chose que le ralentissement de la nutrition. — Voilà la thèse remarquable que M. Bouchard s'est attaché à plaider dans le livre important dont nous voudrions donner une idée à nos lecteurs; il a apporté dans cette tâche une science consommée, une érudition immense et un esprit de généralisation tempéré par une incessante préoccupation de la vérité.

La nutrition, considérée dans son ensemble, apparaît constituée par la filiation de quatre actes distincts : la translation de pénétration, la transmutation assimilatrice, la transmutation rétrograde et la translation d'expulsion. Or, chacun de ces actes peut être troublé ou ralenti par une série de causes, les unes extrinsèques comme le défaut de lumière, les modifications de la température, l'insuffisance ou le vice de l'alimentation, les autres intrinsèques, comme les troubles circulatoires ou nerveux, les modifications sécrétoires, l'altération des reins. Le ralentissement des actes nutritifs a pour conséquence presque inévitable l'accumulation dans l'organisme de certains produits, tels que les acides organiques, la cholestérine, les graisses, et pour peu que cette accumulation se prolonge, il en résulte des maladies qui diffèrent suivant que c'est l'une ou l'autre de ces substances qui se soustrait plus particulièrement à l'oxydation: ces maladies, d'ailleurs, peuvent coïncider, car elles ne sont que des expressions diverses d'un trouble commun de la nutrition; elles se retrouvent souvent les unes ou les autres dans l'hérédité du malade, car la continuité du ralentissement nutritif aboutit à une sorte d'accoutumance des éléments organiques, et finit par créer une manière

d'être particulière, une constitution qui se transmet d'une génération à l'autre. Alors, mais alors seulement, on peut dire qu'il y a diathèse, et cette diathèse, caractérisée par la nutrition retardante, est celle-là même que Bazin, partant d'un point de vue différent, avait dénommée arthritique, et qu'il vaudrait mieux, avec MM. Bouchard et Landouzy, qualifier du nom de bradytrophique.

On comprend que, dans l'étude des maladies par ralentissement de la nutrition, le meilleur guide soit l'analyse chimique, non que les liquides de l'économie soient le siège primordial des troubles nutritifs, mais parce que toutes les altérations cellulaires, en modifiant la quantité et la qualité des substances élaborées, modifient corrélativement la composition des humeurs. C'est en effet sur l'analyse chimique que M. Bouchard s'est appuyé pour établir la pathogénie des affections qu'il décrit et pour en interpréter certains symptômes, et les notions très approfondies de chimie pathologique placées en tête de chaque chapitre forment l'un des côtés les plus neufs et les plus intéressants du livre. En dépit des obscurités et des lacunes inévitables dans une étude encore si nouvelle, l'éminent professeur a su dégager avec beaucoup de netteté la caractéristique chimique des diverses maladies par ralentissement de la nutrition, et faire des connaissances ainsi acquises l'application la plus heureuse à la thérapeutique.

Une courte étude consacrée aux maladies de croissance fait l'office l'introduction ; l'analyse du processus pathologique du *rachitisme* ait voir, par le plus frappant exemple, et l'extrême complexité les opérations chimiques nutritives et leur influence directe sur le léveloppement des éléments organiques.

Que se passe-t-il, en effet, chez l'enfant rachitique? Sous l'influence l'une alimentation grossière, de l'acide lactique se forme en quantité xagérée dans le tube digestif, entrave l'absorption de la chaux et la ormation de l'acide phospho-glycérique indispensable au développe-ient du tissu osseux ; le même acide lactique absorbé en excès et on transformé dans l'organisme favorise la dissolution du phosphate e chaux déjà formé : le squelette se ramollit, tandis que la moelle sseuse, privée de sa charpente calcaire, végète d'une façon désor-nnée, se gonfle et subit la transformation fibreuse.

Le défaut d'élaboration des *acides organiques*, leur oxydation in-mplète, est l'une des manifestations les plus fréquentes de la nutri-on retardante, celle qui précède et qui prépare en quelque sorte utes les autres. Que la production de ces acides soit augmentée, e leur combustion soit diminuée ou leur élimination rendue plus nte, il suffit qu'ils s'accumulent dans le sang pour déterminer les us sérieux désordres : tantôt c'est l'acide urique qui augmente dans s urines, où les urates, les oxalates même se précipitent sous

forme de calculs ; tantôt ce sont des acides gras volatils qui s'éliminent par la muqueuse pulmonaire et par la peau, en déterminant la fétidité de l'haleine et des sueurs, parfois même des éruptions cutanées diverses ; quelquefois enfin c'est l'acide oxalique qui, détruisant la charpente calcaire des éléments anatomiques, entrave irréparablement leur nutrition, amène l'amaigrissement et l'ostéomalacie. Bien d'autres états morbides, encore mal connus, peuvent être la conséquence de cette oxydation incomplète des acides organiques, et la médication alcaline tant vantée n'est jamais dans les cas de ce genre qu'un palliatif fort insuffisant, si on ne réussit pas à stimuler l'activité des échanges nutritifs.

La précipitation de la cholestérine dans le liquide biliaire, d'où la *lithiase du foie*, est aussi une conséquence de la nutrition retardante, soit que la cholestérine, non brûlée dans l'organisme, s'élimine en excès par la glande hépatique, soit que l'accumulation des acides diminue l'alcalinité de la bile ou provoque une désassimilation excessive de la chaux. Aussi la parenté de cette affection avec les autres maladies dites arthritiques est-elle des plus étroites : elle éclate nettement dans les statistiques de M. Bouchard, et les maladies qu'il nous montre s'associant le plus souvent à la lithiase biliaire, ou lui succédant par voie d'hérédité, sont précisément l'obésité, l'eczéma, la gravelle, la goutte, le diabète, toutes affections qui, nous le verrons plus loin, ne sont que les expressions multiples d'un même trouble initial, le ralentissement de la nutrition. — Peu importante par elle-même, la lithiase biliaire engendre les plus graves désordres quand, par suite de l'obstruction du canal cholédoque, l'écoulement de la bile (à la fois sécrétion et excrétion) est supprimé, et surtout quand l'altération des cellules hépatiques, résultant de la stagnation biliaire, provoque le ralentissement de la fonction du foie. Aussi la thérapeutique de cette redoutable affection mérite-t-elle toute l'attention des pathologistes ; pour M. Bouchard, qui a traité cette question d'une manière approfondie et vraiment scientifique, le traitement se résume en cinq indications principales : 1° Empêcher la précipitation de la cholestérine en surveillant l'alimentation, la digestion, la fonction hépatique, la nutrition générale et la respiration ; 2° faciliter la redissolution de la cholestérine par l'usage interne des savons, des carbonates alcalins, de l'éther, de l'essence de térébenthine ; 3° faciliter l'élimination par des boissons abondantes, par les sels neutres, et par tous les moyens propres à activer les échanges ; 4° combattre les accidents de la migration des calculs ; et 5° en cas d'enclavement, combattre les accidents de la rétention biliaire. Ce chapitre, écrit de main de maître, est un modèle de raisonnement, de précision et de bon sens ; on n'en saurait assez recommander la lecture aux médecins trop nombreux qui, ayant à traiter des malades atteints de

lithiase biliaire, croient avoir rempli leur tâche quand ils ont prescrit les eaux de Vichy.

L'*obésité* a été longtemps regardée comme une simple difformité, et beaucoup de gens y voient encore un signe de force ; elle constitue pourtant bel et bien une maladie, et elle est un des indices les plus nets de la nutrition retardante. En effet, la graisse emmagasinée dans l'organisme provient de deux sources : l'excès des graisses alimentaires ingérées, et l'oxydation imparfaite des graisses provenant de la désassimilation des éléments anatomiques ; or, cette oxydation est constamment ralentie chez les obèses, comme le prouve la diminution de l'exhalation de l'acide carbonique et l'abaissement de la température. Il résulte nettement des observations de M. Bouchard que l'obésité n'a pas pour cause principale les excès de table ni le défaut d'activité physique ; que très souvent elle paraît succéder à une maladie aiguë grave, qui agit en ralentissant la nutrition, ou chez les femmes à un incident de la vie génitale et en particulier à la première grossesse. Le traitement doit se guider sur la pathogénie : avant tout il faut chercher à combattre le vice constitutionnel qui entrave la nutrition ; accessoirement on tâchera de réduire la quantité de graisse emmagasinée. Dans la façon de remplir la première indication, il y a une distinction à établir entre les obèses dont toutes les mutations nutritives sont ralenties et les obèses azoturiques chez lesquels les graisses seules sont épargnées. A l'égard de ces dernières, il convient d'user d'une extrême prudence, et le traitement dit oxydant devra être interdit si l'urée et les phosphates sont en excès. Pour accélérer les mutations nutritives, on s'adressera au système nerveux afin de relever l'activité du malade, et au foie pour favoriser la désassimilation : les purgatifs salins sont ici particulièrement indiqués ; quant aux alcalins, ils n'activent pas, comme on le croit généralement, la fonction hépatique, mais ils stimulent la vitalité des éléments anatomiques en général, et à ce titre ils sont fort utiles. Pour éliminer la graisse accumulée en excès dans l'organisme, il faut en favoriser la dissolution par l'administration des alcalins, et s'efforcer d'en provoquer la combustion par l'exercice physique pris à jeun, quand la réserve circulante est épuisée ; enfin on tâchera de l'éliminer en nature en faisant fonctionner le foie.

Nous arrivons à une partie considérable, la plus originale peut-être du cours de M. Bouchard : celle consacrée à l'étude de la *glycogénie* et du *diabète*. L'importance et la nouveauté des idées émises par l'éminent professeur nous fait un devoir de nous y arrêter quelques instants.

(*A suivre.*)

Sur l'action convulsivante du curare,

Par M. Couty (1).

On sait depuis longtemps que le curare peut déterminer, avant les accidents de paralysie, des troubles divers d'excitation ; mais, si l'on excepte un de ces troubles, la salivation, on n'a pas insisté beaucoup sur la valeur de ces phénomènes et sur leur mécanisme.

En utilisant, sur des chiens, des extraits peu actifs de *strychnos triplinervia*, ou de petites doses de certains produits des Indiens, j'ai pu isoler complètement ces symptômes, si bien que l'animal présentait pendant dix et vingt minutes une phase nouvelle de l'intoxication.

D'abord, il s'agitait, sautant, se grattant, se léchant, criant comme s'il était hyperesthésié ; puis il était en proie à des secousses quasi-choréiques ou à des tremblements ; son cœur se modifiait, ralenti ou accéléré ; ses pupilles se dilataient ou présentaient des alternatives de dilatation et de rétrécissement ; il se produisait quelquefois des vomissements, des mictions ou des défécations, et toujours du larmoiement ou de la salivation ; enfin, les températures centrales et périphériques augmentaient, en même temps que l'on constatait une hyperexcitabilité légère des muscles et quelquefois des nerfs des membres ou des nerfs pneumogastriques.

Il est vrai qu'avec d'autres curares des Indiens, différemment actifs, malgré toutes les précautions prises pour bien graduer les injections successives sous la peau, il a été impossible de prolonger cette période d'excitation ; après un peu d'agitation, un commencement d'hypersécrétions et quelques secousses, les chiens se sont paralysés des membres et de la respiration, et les muscles et les nerfs sont devenus rapidement moins excitables ; mais les deux ordres de symptômes ont alors coexisté pendant plus ou moins longtemps, et, comme l'ont vu Schiff, Vulpian, Bert, les chiens déjà paralysés présentaient des secousses fibrillaires ou tremblées dans les membres, dans la face ou sous la peau ; et l'on observait de la salivation, du larmoiement, comme aussi les mêmes troubles cardiaques et pupillaires.

Du reste, que les symptômes d'excitation soient isolés ou qu'ils se mêlent avec la paralysie commençante, leur mécanisme reste le même. Voici ce que j'ai observé. Sur des chiens capables de marcher et de se défendre, agités de grandes contractions choréiques des membres et du corps, je sectionnai un nerf sciatique et je crus voir que la patte correspondante n'avait plus de secousses ; mais les résultats de l'observation étaient peu nets, à cause des mouvements

(1) Communication à l'Académie des sciences.

communiqués par le corps ou la cuisse, et je répétai l'expérience sur d'autres chiens paralysés dont les secousses moins fortes se limitaient aux membres et à la face ; alors, en coupant à la fois le nerf crural et le sciatique et en fixant légèrement les genoux, j'acquis la certitude que la section des nerfs faisait disparaître les secousses dans les muscles correspondants.

Je fus ainsi amené à répéter pour le curare les expériences classiques de Magendie sur la strychnine.

Si l'on découvre rapidement la moelle dorsale sur un chien agité par le curare et si l'on détruit le fragment dorso-lombaire, les secousses du train postérieur disparaissent ; si l'on enfonce la tige de baleine dans le fragment antérieur, on voit les secousses des membres antérieurs cesser à leur tour ; si l'on enfonce davantage en pratiquant au préalable la respiration artificielle, la face elle-même devient immobile. Si l'on fait ensuite l'autopsie de la moelle, on constate souvent que la destruction a été incomplète ; la baguette de verre ou de baleine laissée en place a produit une compression qui a suffi à arrêter les contractions des muscles.

On peut réaliser d'une autre façon des constatations plus précises : ainsi, sur cinq chiens, j'ai lié la moelle dorsale ; deux d'entre eux conservèrent des fonctions à peu près normales dans les deux fragments médullaires, et sur ceux-là l'injection par la saphène de très petites doses de curare détermina des secousses à peu près égales dans les diverses parties du corps ; chez les trois autres, la réflectivité du segment postérieur diminua, tandis que le segment antérieur devint plus excitable, et dans ces conditions la même injection du même curare laissa le train postérieur complètement immobile, tandis que l'antérieur était agité de tremblements très forts, véritablement choréiques.

Les phénomènes d'excitation musculaire produits par le curare dépendent donc du bulbe, de la moelle et de l'état de leurs fonctions ; mais cette dépendance très intime présente des caractères spéciaux qui distinguent l'excitation curarique de celle de l'asphyxie ou de la strychnine.

Ces derniers agents déterminent des convulsions tant que la moelle est capable de réflexes, tandis que les secousses curariques disparaissent dès que l'on diminue l'excito-motricité par d'assez fortes doses de chloral, par la ligature de la moelle ou même par d'autres lésions nerveuses. De même les convulsions violentes de l'asphyxie et de la strychnine sont suivies de paralysie, tandis que, comme on le sait, les légers phénomènes d'excitation curarique laissent à peu près intactes les fonctions des centres nerveux ; sur l'animal paralysé par le curare, au moment où les secousses ont complètement cessé, quelques réflexes sont encore possibles, comme aussi l'injection de

strychnine ou l'arrêt de la respiration peuvent déterminer de nouvelles contractions des muscles. Le curare est donc pour la moelle et le bulbe un excitant peu énergique, très inférieur à la strychnine, insuffisant pour entraîner des troubles paralytiques secondaires comme aussi incapable d'agir si les fonctions nerveuses sont déjà légèrement diminuées.

Cette action des petites doses de poison n'est du reste pas bornée aux centres nerveux ; et d'autres troubles de cette période paraissent avoir leur origine à la périphérie. Sur des chiens dont les contractions cardiaques avaient été ralenties par une injection brusque dans la veine, j'ai pu couper les pneumogastriques et j'ai vu le ralentissement persister : en renversant l'expérience, j'ai injecté du curare sur des animaux dont les pneumogastriques étaient déjà sectionnés, et j'ai constaté les modifications habituelles des mouvements du cœur ou de l'excitabilité des fibres d'arrêt qui s'y rendent.

Je n'ai pas fait de recherches sur le mécanisme des autres phénomènes d'excitation curarique ; mais ces faits suffisent à montrer qu'au début de l'intoxication les appareils musculaires ou glandulaires présentent divers symptômes de stimulation, complètement différents des symptômes de paralysie observés plus tard, comme aussi ils nous renseignent sur le mécanisme central et médullaire de quelques-uns des troubles primitifs de cette intoxication.

Le curare n'est donc pas seulement un poison paralysant, il est encore et en premier lieu légèrement convulsivant : le curare n'est pas uniquement un poison périphérique, il est aussi, dans une certaine mesure, un poison des centres nerveux, et l'on ne peut réduire à des termes simples le mécanisme de son action.

REVUE DE LA PRESSE

De la durée comparative du rhumatisme sous l'influence du traitement par les salicylates ou par d'autres procédés. — Le Dr *C. S. Clouston* publie sur cette question, dans le *Practitioner*, un travail dans lequel il rapporte de nombreuses observations. Il pense que, lorsque la fièvre rhumatismale est traitée par les salicylates :

1° La durée de la période aiguë est réduite à trois ou quatre jours, c'est-à-dire à la moitié environ de sa durée sous l'influence du traitement alcalin ; ce résultat peut être obtenu aussi bien tout à fait au début du traitement que plus tard ; ce traitement appliqué de bonne heure peut réduire la durée totale de la maladie à quatre ou cinq jours.

2° La fréquence des complications cardiaques est probablement

moindre qu'avec les autres modes de traitement; mais pour être pleinement efficaces à ce point de vue, les salicylates doivent être donnés dès le commencement, ils diminuent alors beaucoup la durée de la période pendant laquelle ces complications peuvent survenir.

3° La convalescence est généralement rapide et se fait bien; les rechutes sont rares si l'on prend les précautions convenables.

4° Pour obtenir les meilleurs résultats il est nécessaire d'employer le traitement de bonne heure et de saturer rapidement l'économie en en donnant fréquemment de petites doses (50 à 60 centigrammes toutes les heures) jusqu'à ce qu'on ait obtenu un résultat marqué et que les symptômes aigus aient disparu, après quoi on cesse graduellement le salicylate, mais le malade doit encore garder soigneusement la chambre et il faut reprendre les doses fortes si la température s'élève ou si les douleurs reviennent.

Ainsi Clouston emploie le salicylate dans les cas de rhumatisme articulaire avec élévation de la température; ses effets sont surtout appréciables dans les cas de rhumatisme articulaire aigu récent et affectant les grosses jointures; ils le sont moins dans les états subaigus et lorsque les malades ont déjà eu plusieurs attaques. Dans le rhumatisme articulaire chronique ses effets sont encore moins certains. Dans le rhumatisme musculaire, qui est une maladie distincte, le salicylate semble parfois donner des résultats excellents. Son action est toutefois incertaine et dépend sans doute dans une certaine mesure de l'idiosyncrasie. A. Ch.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 12 *octobre* 1882. — *Présidence de M. le professeur* Ball.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Barth communique une observation intitulée : Un cas de phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius (sera publié).

M. Gaucher a eu l'occasion de voir à l'hôpital Cochin un cas à peu près semblable, qui a présenté la même symptomatologie, et qui s'est aussi terminé spontanément par résolution.

M. R. Moutard-Martin insiste sur la ressemblance extérieure de cette singulière affection avec la rétention d'urine. Dans un cas analogue, il a été complètement induit en erreur, et a cru avoir affaire à une vessie distendue; le cathétérisme, pratiqué sur-le-champ, a permis de rectifier le diagnostic, et le phlegmon prépéritonéal s'est terminé comme il se termine presque toujours, c'est-à-dire sans suppuration.

M. Quinquaud. Le phlegmon de la cavité de Retzius n'est pas tou-

jours aussi bénin, et dans l'état puerpéral en particulier, il se termine souvent par suppuration. J'ai observé plusieurs cas de ce genre, un notamment, dans lequel une femme récemment accouchée présentait, avec des symptômes de septicémie, une série de phlegmons diffus, à consistance lardacée, dont l'un occupait l'avant-bras droit, un autre la paroi thoracique, un autre enfin la région sus-pubienne; la miction était fréquente, pénible et douloureuse. A l'autopsie on reconnut que la cavité de Retzius était le siège d'une inflammation phlegmoneuse très étendue avec de nombreux clapiers purulents séparés par des tractus de tissu conjonctif; un dépôt analogue se trouva dans le médiastin et on en rencontra d'autres moins considérables dans divers organes; le point de départ de toutes ces lésions était manifestement dans l'utérus.

Ces sortes de plegmons ne sont pas rares chez les parturientes, et on les observe aussi dans la fièvre puerpérale des nouveau-nés : tel était le cas pour un enfant nouveau-né chez lequel un épanchement dans la tunique vaginale, une saillie notable de l'ombilic, des vomissements porracés m'avaient fait croire à une péritonite puerpérale, et qui à l'autopsie présentait tout simplement un phlegmon sous-péritonéal en plaque, occupant la région de la cavité de Retzius.

M. Barth fait observer que ces cas, fort intéressants du reste, doivent être absolument distingués de l'affection spéciale dont il a cité un exemple. Le phlegmon de la cavité de Retzius, tel qu'on le décrit habituellement, est une affection idiopathique, ou du moins primitive, qui présente des caractères assez nets, et qui marche spontanément vers la résolution ; — les faits de M. Quinquaud nous montrent des lésions symptomatiques, secondaires, dont l'évolution suppurative est justifiée à la fois par l'état puerpéral et par l'affection générale septicémique.

La séance est levée à 9 heures 1/2.

Les secrétaires des séances,
H. Barth et P. Merklen.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris (tableau des actes du 6 au 11 novembre 1882). — *Lundi* 30. — doctorat, 1er (nouveau régime) : MM. Baillon, Henninger et Bourgoin. — 1er (nouveau régime) : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 2e (ancien régime, oral): MM. Trélat, Potain et A. Ollivier. — 4e: MM. Vulpian, Hayem et Straus. — 4e : MM. Bouchardat, Parrot et Rendu. — 1er (officiat): MM. Béclard, Charcot et Terrillon.

Mardi 7. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Richet, Cornil et Humbert. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve pratique aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin (entrée rue Vauquelin). — 2e (ancien régime, oral): MM. Gosselin, Ball et Joffroy. (nouveau régime, 1re partie, oral; anatomie et

histologie): MM. Robin, Laboulbène et Richelot. — 4e : MM. G. Sée, Brouardel et Grancher. — 5e (Charité): MM. Pajot, Peter et Berger. — 5e (Charité): MM. Lasègue, Panas et Charpentier.

Mercredi 8. — Doctorat, 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Gariel et Henriot. — 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Trélat et Marchand. — 1er (ancien régime, oral): MM. Vulpian, Verneuil et Monod. — 1er (ancien régime, oral): MM. Charcot, Duplay et Terrillon. — 3e (ancien régime): MM. Regnauld, Henninger et Bocquillon.

Jeudi 9. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Sappey, Richet et Peyrot. — (nouveau régime, oral, 1re partie, pathologie externe et accouchements): MM. Pajot, Panas et Humbert.

Vendredi 10. — Doctorat, 2e (nouveau régime, oral, 1re partie, anatomie, histologie): MM. Béclard, Hayem et Cadiat. — 3e (ancien régime) : MM. Regnauld, Henninger et Bocquillon. — 2e classe (sages-femmes) : MM. Bouchard, Baillon et Budin. — 5e (clinique externe et clinique obstétricale, Charité): MM. Depaul, Duplay et Monod.

Samedi 11. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Sappey, Le Fort et Humbert. — 2e (nouveau régime, oral, 1re partie, anatomie, histologie): MM. Gosselin, Cornil et Bouilly. — 1re classe (sages-femmes): MM. Pajot, Ball et Peter.

Samedi, 11. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses): Composition écrite.

Corps de santé de la marine. — Par décret du Président de la République, en date du 3 novembre 1882, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été nommés ou promus dans le corps de santé de la marine, après concours:

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Brédiam (Adrien-Jean-Baptiste-Marie); Baussac (Camille-Jacques); Hache (Edmond-Charles-Alexandre); Palasne de Champeaux (François-Prosper); Grisolle (Baptistin-François-Félix); Borel (Victor-Eugène-César-Auguste); Gayet (Prudent-Joseph-Marie); Jouveau-Dubreuil (Gabriel-Louis-Henri); Cognes (Jean-Etienne-Raymond); Bonnescuelle de Lespinois (Paul-Gérard-Pierre); Prat (Jean-Baptiste-Stéphanus-Marie); Mercier (Auguste-Bernard-Marie); Philip (Joseph-Albert); Le Jollec (Joseph-Marie).

Au grade de médecin de 2e classe: MM. Dufour (François-Georges); Dufourcp (Louis-Adrien); L'Honen (Joseph-Théobald-Marie); Auvergne (Jean-Calixte-Alexis); Grand-Moursel (Pierre-Eugène); Hervé (Alphonse-Joseph-Marie); Fragne (Jean-Baptiste-Louis-Charles); Bouquet (Louis-Paul-Auguste); Libouroux (Aimé-Marie-Jean-Baptiste); Kergrohen (Félix-Alfred-Adolphe); Michel (François-Sylvain); Féraud (Benoît-Désiré) ; Amouretti (Henri-Xavier-Emmanuel); Thamin (Paul-Amaury-Michel-Ange); Tréguier (Alexandre-Marie); Bourguignon (Louis-Emile-Paul); Suquet (Louis-Flavius); Clavel (Paul-Marie); Guillarmou (Eugène-Charles); Martin (Georges-Paul-Adolphe); Marestang (Louis-Emile); Lallour (Anatole-Etienne-Eugène-Marie); de Gouyon de Pontourande (Charles-Louis-Etienne); Julien-Laferrière (Paul-Louis-Marie) ; Gouzien (Louis-Marie); Notaris (Edgard-Marie-Antoine); Bitschiné (Joseph-Albert); Touren (Barthélemy-Théophile) ; Preux (Alexandre-François-Pa-

trice); Merveilleux (Pierre-Firmin-Gustave); Aubry (Léon-Emile); Maglioli (Pierre); Chassériaud (Paul-Henri); Mestayer (Jean-Léopold); Mercier (Jean-Marie).

Au grade d'aide-médecin : MM. Salanou-Ipin (Henri); Valence (Albert-Edmond); Bagot (Louis-Joseph); Girard (Célestin-Henri); L'Honen (Louis-Marie); Carmouze (Sulpice-Edouard); Martine (Georges-Benjamin-Edouard); Layet (André-François-Marius); Moussoir (François-Alexandre); Chové (Alfred-Charles-Aristide); Depasse (Ambroise); Fallier (Louis-Marie); Richer des Forges (Albert-Auguste-Paul); Féret (Jules-Marie); Geay de Couvalette (François-Marie-Alphonse-Frédéric); Leblanc (Lucien-Jules); Camail (Jean-Joseph); Garnier (Jacques-Alexis-Victor-Adrien); Badet (Mathieu); Bousquet (Jacques-Lucin); Cassagnou (Jules-Jean-Joseph); Tricard (Paul-Marie-Albert-François); Cojan (Noël-Paul-Marie); Lamy (Hippolyte-Victor); Mezergues (Cyrille-René); Capus (Bertin-Jean-Baptiste); Le Batard (Henri-Eugène-Maximilien); Ollivier (Emile-Paul); Giberton (Joseph-Marie-Victor); Guillou (Louis-Pierre-Marie); Bailly (Edmond-Constant-Marie); Berthier (Charles-Gustave); Vergoz (Henri-Camille-Alphonse); Guillabert (Alexandre-Célestin-Jean-Marie-André); Aubry (Charles-Paul); Seguin (Marie-Pierre-Edmond-Marcel); Manoël (Paul-Gaston); Guérin (Louis-Marie-Emile); Noury (Gabriel-Camille); Faraud (Gaudence-Charles).

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Perrimond-Trouchet (Joseph-Jules).

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Camus (Jean-Clément); Vignoli (Jean-Baptiste-Augustin); Dubois (Léonidas-Antoine-Alfred); Tambon (Noël-Joseph); Pairault (Ernest-Albert).

Au grade d'aide pharmacien : MM. Henry (Baptistin-Joseph); Lamy (Jean-Joseph-Camille); Laligne (Jules-Amand); Thiéry (Armand-Paul-Julien); Cazeaux (Alfred-Charles); Martinenq (Joseph-Léon-Esprit); Valacca (Joseph-Marius-Victor-Léonard).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 27 octobre *au* 2 novembre 1882. — Fièvre typhoïde, 125. — Variole, 4. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 54.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 44.

Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 27; inconnu, 5. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 95; l'appareil circulatoire, 50; l'appareil respiratoire, 72; l'appareil digestif, 60; l'appareil génito-urinaire, 27; la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 83. — Causes non classées, 4. — Nombres absolus de la semaine, 995. Résultats de la semaine précédente : 1077.

Le chiffre des décès par fièvre typhoïde est tombé cette semaine de 173 à 125.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 54 JEUDI 9 NOVEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
AHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 54. Jeudi 9 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 8 novembre 1882.

Après la communication, par M. le professeur Le Fort, d'un cas dans lequel la laparotomie avait rappelé à la vie un moribond atteint depuis sept jours d'occlusion intestinale, l'Académie a repris la discussion sur l'épidémie de fièvre typhoïde.

M. Legouest, président du conseil de santé des armées, a tenu a réfuter les opinions exprimées par M. Lagneau dans la dernière séance, au sujet de l'hygiène des troupes et de la salubrité des casernes. Depuis 1866, dit-il, époque à laquelle ont réellement commencé les réformes, de nombreuses améliorations ont été apportées aux conditions matérielles de la vie du soldat. La nourriture a été augmentée ; des services de bains fonctionnent dans tous les régiments, et même, fait plus considérable qu'il ne le paraît de prime abord, chaque soldat est actuellement muni d'une serviette de propreté.

On a l'habitude, dans un certain nombre de villes, d'accuser la garnison d'être la cause des épidémies ; cela n'est pas exact. La vérité c'est que dans beaucoup de régions la fièvre typhoïde est à l'état endémique, à Troyes par exemple. Or, dans cette ville, malgré des avertissements donnés depuis longtemps et malgré les promesses de la municipalité, la voirie et les égouts restent dans l'état le plus déplorable.

M. Lagneau répond que le discours de M. Legouest est la confirmation de ce qu'il a dit lui-même. M. Legouest avoue que pour une cause ou pour une autre, le casernement des troupes est souvent défectueux ; il n'a pas dit autre chose ; c'est un état qu'il faut chercher à faire cesser au plus tôt. A Paris, l'épidémie a sévi principalement sur l'école militaire dont on connaît la mauvaise installation, sur un terrain non perméable et avec des égouts qui fonctionnent très mal. Il est profondément regrettable de laisser une agglomération considérable de près de quatre mille hommes dans une caserne si peu en rapport avec les règles de l'hygiène.

Dans la dernière séance, M. Jules Guérin avait demandé aux cliniciens de l'Académie de donner le résultat de leurs observations sur la symptomatologie de l'épidémie actuelle et sur le meilleur mode de traitement. M. Hérard est venu répondre à cet appel en exposant le résutat de sa pratique à l'Hôtel-Dieu. L'honorable académicien a employé plusieurs modes de traitement, il a surtout eu recours au sulfate de quinine à la dose de 2 à 3 grammes par jour, donnés dans des cachets de pain à chanter ; il a également employé l'acide salycilique,

l'acide phénique. Dans les cas où il y avait des congestions intenses du côté des organes internes, il a donné l'ergot de seigle, mais il ne sait pas si l'ergot de seigle peut suffire à lui seul dans tous les cas de fièvre typhoïde, comme le pense M. Duboué (de Pau).

Nous ne saurions trop louer les paroles pleines de sens pratique prononcées par M. Dujardin-Beaumetz. L'épidémie était généralement fort bénigne et la vieille médication classique, l'expectation armée et quelques purgatifs donnaient les meilleurs résultats. L'habile médecin de l'hôpital Saint-Antoine se méfie des médications perturbatrices. Les trois grammes de sulfate de quinine donnés par M. Hérard n'étaient probablement pas absorbés, et s'ils l'avaient été ce n'aurait pas été sans danger pour les malades. Cette médication est fort coûteuse et par suite inapplicable dans un grand nombre de familles; d'autre part elle n'est pas dépourvue de dangers. Il en est de même des médications par l'acide salicylique et par l'acide phénique, qui abaissent beaucoup la température, cela est vrai, mais en causant parfois des collapsus graves. Quant au traitement par les bains froids, il est déjà abandonné en France à cause des dangers certains qu'il avait pour les typhiques. Pourquoi d'ailleurs ne pas s'en tenir à la médication usuelle qui donne de si bon résultats. M. Dujardin-Beaumetz entretient la liberté du ventre chez ses malades et surveille les symptômes, et ses typhiques guérissent. Ces paroles nous paraissent fort sages. Pourquoi chercher à juguler la maladie, comme de simples dosimétristes, alors que par l'expectation armée la fièvre marche toujours, ou presque toujours, vers la guérison.

M. Dujardin-Beaumetz a non moins bien caractérisé la forme de l'épidémie actuelle, en répondant rapidement à une question de M. Jules Guérin. Oui, chez la plupart des malades, la fièvre typhoïde, traitée simplement, affecte une forme des plus bénignes. On observe un très grand nombre de cas si peu graves que les malades ne cessent pas de vaquer à leurs occupations. Souvent, dans les familles, quoique la maladie soit nettement déclarée, on n'ose pas formuler le diagnostic de fièvre typhoïde, de peur que le mot n'effraye les parents ou les malades, alors que la chose est par elle-même si peu grave, et l'on se borne à insister sur le régime et sur l'hygiène qui est encore le meilleur mode du traitement. En somme, la principale règle à suivre dans cette épidémie, c'est d'abord de ne pas nuire au malade et nous ne serions pas étonné que les homœopathes comptassent de nombreux succès. A. Ch.

REVUE CRITIQUE

Les maladies par ralentissement de la nutrition (*Suite*),

Par M. le Dr H. BARTH ;
Médecin des hôpitaux.

Loin d'attribuer, comme la plupart de ses prédécesseurs, l'hyperglycémie diabétique à une production exagérée du sucre, M. Bouchard y voit au contraire un ralentissement nutritif, une utilisation insuffisante du sucre formé dans l'organisme. Le sucre, en effet, peut être considéré comme un produit de désassimilation de la cellule hépatique ; il se forme incessamment aux dépens de la matière glycogène, et passe dans le torrent circulatoire ; amené dans l'intimité des tissus par le sang artériel, il y est retenu en grande partie, et ne se retrouve dans le sang veineux qu'en proportion beaucoup moindre. Que devient le sucre ainsi fixé par les éléments anatomiques. Est-il oxydé en totalité? Non sans doute, car tout l'oxygène introduit ne saurait y suffire : un calcul ingénieux, et dont les bases modérées sont une garantie contre toute erreur, permet à M. Bouchard de montrer que l'organisme consomme tout au moins un gramme de sucre par révolution totale du sang, et que par conséquent la masse de sucre élaborée et consommée dans les vingt-quatre heures peut-être évaluée à près de *deux kilogrammes*. Sur cette quantité la moitié à peine est oxydée ; l'autre moitié est utilisée pour l'assimilation, et transformée en quelque autre substance de la même série chimique. C'est la diminution de l'aptitude des tissus à assimiler le sucre qui est la seule cause de l'hyperglycémie et par conséquent de la glycosurie. On peut donc définir le diabète : « Une maladie générale de la nutrition, caractérisée primitivement et essentiellement par un défaut ou une insuffisance des actes de l'assimilation, et en particulier par un défaut de la consommation du sucre dans les éléments anatomiques. »

Cette théorie, que M. Bouchard professe depuis de longues années et qu'il a étayée de nombreuses preuves, permet de se rendre compte d'une manière très satisfaisante de toute la physiologie pathologique du diabète, qui paraît au premier abord si peu intelligible.

Elle explique sans peine comment la glycosurie peut persister en l'absence de toute alimentation féculente ou sucrée, et par conséquent de toute introduction de sucre alimentaire. Elle fait pressentir également que cette glycosurie, une fois établie, pourra être augmentée par tout obstacle à la fixation dans le foie du sucre alimentaire, par tout accroissement de l'activité de la glycogénie hépatique, par tout ce qui diminuera la consommation du sucre dans les tissus.

1) V. *France médicale*, n° 53.

Enfin elle justifie les rapports héréditaires depuis longtemps signalés entre le diabète d'une part et l'obésité, le rhumatisme, la goutte, la gravelle, en un mot toutes les maladies caractérisées par un ralentissement de la nutrition.

Un seul point, nous l'avouons, pourrait faire hésiter, et c'est précisément le point de départ : est-il bien possible que le foie produise journellement près de deux kilogrammes de sucre ? Ce chiffre étonne au premier abord ; il est en tout cas dix fois plus fort que celui de 200 grammes que Bock et Hoffmann avaient indiqué comme taux normal de la production du sucre chez l'homme. Mais la chimie biologique nous a accoutumés à bien d'autres surprises, et les calculs de M. Bouchard, basés sur la richesse comparée en sucre du sang artériel et du sang veineux, sont difficiles à ébranler ; dès qu'ils auront été confirmés par un procédé différent, l'ensemble de la théorie deviendra, croyons-nous, inattaquable.

Quant à la symptomatologie du diabète, elle s'explique très facilement si on ne perd pas de vue le fait initial, c'est-à-dire l'hyperglycémie. La surabondance du sucre dans le sang modifie les conditions de la diffusion ; en effet le sucre fixe sur lui son équivalent d'eau de diffusion, c'est-à-dire que chaque gramme de sucre exige l'addition de sept grammes d'eau dans le sang. L'hyperglycémie produit donc la déshydratation des tissus, cause directe des *troubles fonctionnels* et nutritifs si nombreux et si variés chez le diabétique ; parmi ces troubles, un des premiers est la soif qui, en provoquant l'ingestion d'une grande quantité de boissons, augmente encore la proportion d'eau contenue dans le sang. La tension vasculaire est ainsi augmentée, d'où la polyurie qui emporte le sucre et modère l'hyperglycémie. Mais en même temps la gêne apportée aux échanges par l'état anormal du sang ralentit la consommation de l'oxygène et produit l'abaissement de la température. Puis les éléments cellulaires, dont la vitalité est affaiblie, laissent échapper leur matière albuminoïde sans lui avoir fait subir les transformations chimiques qui doivent l'amener à l'état de matière cristalloïde : d'où l'albuminurie diabétique, qui appartient suivant M. Bouchard à la catégorie de celles dont l'albumine n'est pas rétractile. Enfin l'altération des tissus devenant plus profonde, la puissance formatrice des cellules anatomiques étant définitivement viciée, on voit survenir les troubles nutritifs les plus graves, les inflammations, les suppurations, les caséifications et les gangrènes.

Cette filiation pathologique étant connue, il devient possible d'établir sur des bases rationnelles la thérapeutique du diabète, jusqu'ici entièrement livrée à l'empirisme. On reconnaît tout d'abord ce fait essentiel, que la glycosurie est la sauvegarde du diabétique et qu'il faut se garder de la contrarier, comme on le fait si souvent, en dimi-

quant les boissons. Loin de là, on tâchera d'activer la polyurie ; mais en revanche on évitera les spoliations cutanées ou intestinales, qui n'ont pas, comme l'émonctoire urinaire, le privilège d'enlever au sang l'eau surajoutée, c'est-à-dire l'eau de diffusion du sucre et celui-ci avec elle. L'hyperglycémie étant due, en fait, à une utilisation insuffisante du sucre, on s'efforcera d'activer les mutations fonctionnelles et respiratoires par les eaux alcalines, et de préférence par les eaux alcalines chaudes, par l'exercice physique, par l'hydrothérapie; en même temps on tâchera de restreindre l'introduction du sucre alimentaire et des générateurs de glycogène, et dans ce but on prescrira le régime animal additionné de végétaux verts, et de certains sucres particuliers qui n'influencent pas la glycogénie hépatique. Enfin on substituera au sucre qui s'élimine d'autres substances qui puissent le suppléer, soit comme matière plastique soit comme matière combustible.

(*A suivre.*)

Des parasites du sang dans l'impaludisme,

Par M. A. Laveran (1).

Dans une première Note, communiquée à l'Académie le 24 octobre 1881, j'ai annoncé que j'avais trouvé à Constantine, dans le sang des malades atteints d'impaludisme, des parasites dont j'ai donné une description sommaire. Depuis lors, des faits nombreux sont venus confirmer les premiers ; ces parasites ont été retrouvés par d'autres observateurs et en d'autres lieux. Le nombre des malades dans le sang desquels j'ai constaté la présence de ces parasites est aujourd'hui de 300.

J'ai dit précédemment que, pour observer les parasites de l'impaludisme, il importe d'examiner le sang au début des paroxymes fébriles et chez des malades qui ne sont pas soumis à la médication quinique.

... La relation qui existe, entre la présence dans le sang des nouveaux parasites que j'ai décrits et les accidents de l'impaludisme, me paraît indiscutable. En effet, ces parasites, très bien caractérisés au point de vue morphologique, existent toujours dans le sang de malades atteints de fièvre palustre, et ne se rencontrent jamais dans le sang de malades atteints d'affections étrangères à l'impaludisme. La présence du pigment dans le sang a été signalée, d'ailleurs, depuis Frerichs, comme un des principaux caractères de l'impaludisme, et la relation qui existe entre ce pigment et les parasites n'est pas douteuse.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Je ne suis pas encore arrivé à reconnaître, dans le milieu extérieur, les germes dont le développement dans l'économie donne naissance aux éléments parasitaires que j'ai décrits; il est probable que ces germes existent dans l'air et surtout dans l'eau des localités palustres, sous la forme de granulations très difficiles à déterminer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend un mémoire manuscrit de M. Netter, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy, sur l'action nocive du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. le président déclare vacante la place laissée libre, dans la section de physique et de chimie, par la mort de M. Bussy.

M. Depaul dépose une note sur le traitement des catarrhes du vagin, du col utérin et de l'utérus par la méthode du Dr Mercier, de Besançon. Cette méthode consiste à badigeonner le vagin, le col de l'utérus et la cavité utérine avec une solution à 5 pour 100 de chlorure de zinc. M. Mercier montre un enthousiasme tel qu'il n'a pas hésité à employer ce procédé sur sa femme et sur lui-même (!) (Rires). M. Depaul, d'ailleurs, ne se porte nullement garant de la valeur du procédé.

EAUX MINÉRALES. — *M. Gauthier* lit sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des sources d'eau minérale un rapport dont les conclusions sont adoptées.

DU TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE. — *M. L. Le Fort* lit une note sur la valeur comparative de l'entérotomie et de la laparotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale. Il préfère lui-même la laparotomie et rapporte l'observation d'un malade guéri par ce procédé. Le malade, atteint depuis sept jours d'étranglement interne, était moribond. L'intestin grêle était étranglé par une bride fibreuse à 5 centimètres environ de son abouchement dans le cæcum. Il n'y avait pas de péritonite et, malgré l'intensité de l'inflammation, la vitalité de l'intestin ne paraissait pas compromise. La cicatrisation était terminée au bout de quelques jours. Peu de temps après la guérison était complète et l'état général du malade était fort satisfaisant.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — *M. Legouest* tient à protester contre les paroles prononcées dans la dernière séance par M. Lagneau au sujet de l'hygiène des troupes. Il énumère les améliorations obtenues depuis 1866, époque à laquelle a été voté le projet de loi sur la statistique de l'armée. Ces améliorations ont porté sur l'alimentation, les soins de propreté, le casernement.

M. Legouest proteste, comme l'a fait il y a huit jours M. Colin, contre l'accusation formulée par diverses villes contre les garnisons, de donner à la population civile la fièvre typhoïde. Telle est par exemple la ville de Troyes dans laquelle la fièvre typhoïde est depuis longtemps endémique et où la voirie et les égouts sont toujours dans un état des plus défectueux.

M. Legouest a pris la parole pour la justice d'abord, puis pour la vérité, afin que les familles des soldats sachent bien que leurs enfants sont surveillés et soignés dans la mesure du possible.

M. Hérard, répondant à l'invitation faite dans la dernière séance par M. Jules Guérin, veut indiquer la thérapeutique qu'il a suivie pendant l'épidémie actuelle. La maladie ayant par elle-même une tendance à la guérison et ayant d'autre part une grande diversité de formes, il est très difficile de déterminer nettement la valeur des divers procédés de traitement. Il est des épidémies dans lesquelles tout réussit, d'autres dans lesquelles tous les moyens paraissent faibles et impuissants. L'épidémie actuelle était d'intensité moyenne. M. Hérard a observé beaucoup de cas dans lesquels les symptômes ataxiques et ataxo-adynamiques étaient assez prononcés. Sur 28 typhiques entrés à l'hôpital dans le mois de septembre et d'octobre, M. Hérard n'a eu qu'un décès.

Lorsque M. Hérard reprit son service le 1er octobre, tous ses malades étaient traités par le sulfate de quinine à assez haute dose, 3 à 4 grammes par jour; M. Joffroy, qui remplaçait M. Hérard, avait obtenu d'excellents résultats par ce procédé. Il est remarquable de voir avec quelle facilité les malades supportent ce traitement. Le sulfate de quinine était donné par M. Hérard dans des cachets de pain à chanter, à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

D'autres médications ont été mises en usage dans le service de M. Hérard. Il a employé égalcment les bains tièdes et l'acide salicylique. Avec l'acide salicylique, M. Hérard a constaté qu'il y avait souvent des accidents congestifs du côté des organes thoraciques. Dans ces cas, M.Hérard associe à l'acide salicylique l'ergot de seigle. M. Hérard ne sait pas si l'ergot de seigle peut agir dans tous les cas de fièvre typhoïde comme le pense M. Duboué (de Pau).

Dans le traitement de la fièvre typhoïde, le médecin doit surveiller attentivement l'hygiène, qui a une si grande part dans la guérison de la maladie.

M. Bourdon demande si les malades, qui prenait chaque jour grammes de sulfate de quinine prenaient en même temps des boissons acides; sans cette précaution, le sulfate de quinine n'a pas dû être digéré et il est sans doute sorti par les garde-robes.

M. Dujardin-Beaumetz. Si je m'en rapportais purement à ce qui s'est passé dans mon service, je serais partisan déterminé de l'expectation

armée dans le traitement de la fièvre typhoïde. Ce n'est pas que je n'aie pas essayé les méthodes nouvelles. Ces nouvelles médications ont été dirigées soit contre l'hyperthermie, soit contre le poison que l'on suppose exister dans les matières fécales. Contre l'hyperthermie, on a essayé les bains froids et le sulfate de quinine. La méthode des bains froids, souvent dangereuse, paraît définitivement abandonnée en France. D'autre part le typhique est au point de vue de l'absorption des médicaments dans des conditions mauvaises ; il est probable que chez les malades de M. Hérard les 3 grammes de sulfate de quinine n'étaient pas absorbés ; mais si dans certains cas ces 3 grammes pénétraient dans l'économie, ce ne serait pas sans inconvénient. La médication par le sulfate de quinine est donc à la fois très chère et non dépourvue de danger. De même les médications par l'acide salicylique et par l'acide phénique peuvent déterminer des congestions pulmonaires très intenses, des collapsus graves, surtout quand les lavements ne sont pas rendus.

Il est un autre médicament que l'on a beaucoup vanté c'est le charbon. Il peut désinfecter les gardes-robes, mais il n'a aucune influence sur la marche de la température.

Dans son service, sur 98 malades, M. Dujardin-Beaumetz a eu 4 décès, 2 de mort subite et 2 d'érysipèle. Jusqu'à nouvel ordre, c'est donc à la médication classique, consistant dans les purgatifs, qu'il faut continuer à avoir recours.

M. Lagneau voit dans le discours de M. Legouest une confirmation de ce qu'il a dit lui-même, c'est-à-dire que les casernes sont dans un état très mauvais. M. Lagneau ne se repent nullement d'avoir signalé les mauvaises conditions dans lesquelles est notre armée à certains points de vue. La chose est tellement connue d'ailleurs qu'au récent congrès de Genève M. Sormani a cité l'armée française comme une de celles dans lesquelles la mortalité est le plus considérable.

M. Dujardin-Beaumetz, à une question de M. Jules Guérin relative à la durée de la maladie, répond que dans l'épidémie actuelle la maladie est souvent fort bénigne, et que l'on rencontre un grand nombre de cas de typhus ambulatorius, c'est-à-dire de fièvre typhoïde assez peu intense pour ne pas empêcher les malades de vaquer à leurs occupations.

La séance est levée à 5 heures.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des prix de l'internat.* — Ce concours a commencé vendredi dernier par la composition écrite. L'épreuve, pour les internes de la première division, était ainsi conçue : *Uretère.* — St-

crétion urinaire. — *Phlegmon périnéphrétique.* — Pour les internes de la deuxième division : *Muqueuse de l'estomac, anatomie et physiologie.* — *Ulcère simple de l'estomac.*

Les écoles secondaires. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient d'adresser aux recteurs, le 4 novembre, la circulaire suivante :

La constitution des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie et des écoles préparatoires a donné lieu, de la part de ces écoles et des conseils académiques, à un grand nombre de vœux qui ont pour objet d'appeler des modifications dans le régime de ces établissements, Il y a lieu de procéder à une enquête d'ensemble sur les diverses questions qui m'ont été soumises et d'appeler à délibérer à cet égard, outre les écoles et les facultés, les conseils académiques. Les points de vue différents auxquels se placeront ces diverses assemblées donneront plus de valeur à une consultation qui ne saurait être ni trop complète, ni trop précise. Il sera facile à ces assemblées de distinguer, dans les questions qui suivent, celles qui sont de leur compétence particulière, celles qu'elles peuvent négliger. Sur toutes, vous devez avoir une opinion personnelle qui sera l'objet d'un rapport d'ensemble.

Il ne vous échappera pas que, si nous ne devons pas encourager les écoles qui donnent un enseignement médiocre et ne sauraient être améliorées, un intérêt général d'un ordre élevé nous engage à tout faire pour concourir à la décentralisation scientifique et multiplier les centres de sérieuses études.

1° Situation matérielle des écoles. — Convenance des locaux. — Salles pour les travaux pratiques. — Organisation de ces travaux. — Sujets pour l'anatomie. — Service des cliniques. — Nombre des lits. — Nombre des opérations chirurgicales. — Internat. — Combien d'officiers de santé et de pharmaciens de seconde classe reçoit l'école? — Combien d'étudiants prépare-t-elle au doctorat, au grade de pharmacien de 1re classe? — Nombre des élèves. — Que manque-t-il à l'école comme moyen d'enseignement? — Comment serait-il possible de fortifier cet enseignement, d'augmenter le nombre des élèves et de les retenir? — Quel concours l'école pourrait-elle trouver auprès de la faculté des sciences? — Opinion sur ces questions des présidents de jurys qui ont été siéger dans les écoles.

2° Quel est aujourd'hui le rôle des écoles par rapport aux facultés ; que doit-il être? — Quelle partie des études peut être faite le plus utilement dans ces écoles? — Quelles modifications serait-il nécessaire d'apporter à la règlementation actuelle? — Modifications de détail. — Modifications plus générales.

3° Quels sont les avantages et les désavantages du mode de recrutement actuel des suppléants nommés au concours? — Que propose l'école ou la faculté?

4° Quelle action exerce sur les études la préparation à l'officiat de santé et au grade de pharmacien de 2e classe?

5° Quels changements pourraient être apportés, dans l'intérêt général des études, aux conditions de la scolarité et au droit des écoles en matière d'examen?

Les écoles et facultés ajouteront à ces questions toutes celles quelles jugeront convenable de traiter. Plusieurs des renseignements de fait qui sont demandés plus haut ont déjà été adressés à mon administration; mais ils doivent être donnés à nouveau dans l'enquête pour permettre au conseil supérieur de se faire une idée précise de l'état des écoles en ce moment même; ils comportent du reste des appréciations que les écoles, les facultés et les conseils académiques devront faire aussi précises qu'il est possible.

La fièvre typhoïde. — M. le directeur de l'Assistance publique vient d'adresser à MM. les directeurs des hôpitaux généraux une lettre relative à des allocations extraordinaires au personnel des hôpitaux où sont traités les typhiques; nous en détachons le passage suivant:

« Depuis l'apparition de l'épidémie typhoïdique à Paris, l'Administration n'a rien négligé pour améliorer, dans la mesure du possible, le régime alimentaire de nos services hospitaliers, et MM. les médecins des hôpitaux ont pu délivrer aux malades toutes les prescriptions extraordinaires que comportait la situation.

Mais il importe aussi d'améliorer le régime du personnel de nos établissements où sont traités les typhiques, en lui attribuant, d'après les exigences du service, du vin de quinquina, du café, des boissons toniques et des suppléments de viande et de vin.

Il y a lieu également de délivrer aux élèves internes, externes et stagiaires attachés à ces mêmes services, quelques allocations de vivres, — avant leur entrée dans les salles, — telles que bouillon ou lait, vin, café ou thé au rhum.

L'élève de garde pourrait recevoir, pour la nuit, du bouillon, du vin, ou, dans le cas où il préfèrerait, du thé avec du rhum.

Les employés de bureau chargés d'un service extraordinaire ou de la réception des malades auront également droit à ces allocations extraordinaires, ainsi que les journaliers attachés au service de la buanderie. »

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre a décidé, le 24 octobre dernier, qu'un examen d'aptitude sera ouvert le 20 décembre 1882, à l'école de médecine et de pharmacie militaires, pour les emplois de médecin et de pharmacien stagiaire.

Les conditions d'admission sont celles contenues dans le programme du 7 avril 1882.

NATURE DES ÉPREUVES

Pour l'emploi de médecin stagiaire :

1° Une composition écrite sur une question de pathologie générale;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie;

3° Un examen clinique de deux malades.

Pour l'emploi de pharmacien stagiaire :

1° Composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation d'un ou de plusieurs médicaments, insrits au Codex, et détermination de douze substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches et fraîches, médicaments composés).

Les demandes d'admission devront être parvenues au ministre de la guerre le 10 décembre prochain, terme de rigueur.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 18 octobre 1882 M. Poupelard (Hippolyte-Julien), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé, au grade de médecin-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

Conseil municipal de Paris. — Dans la séance du 24 octobre de la commission du budget, présidée par M. Germer Baillière, le président a demandé que les membree titulaires du conseil d'hygiène, au lieu de recevoir une indemnité fixe et annuelle de 1,200 fr. reçussent des jetons de présence comme les membres du comité consultatif d'hygiène publique de France. Quelques-uns, en effet, n'assistent jamais aux séances.

Le Dr Levraud a demandé que la dépense pour la désinfection des locaux occupés par des personnes indigentes atteintes de maladies contagieuses fût élevée de 1,500 à 3,000 fr.

Au sujet de l'art. I, Primes pour retrait de noyés, etc., M. Levraud expose que certains commissaires de police, après avoir fait donner des soins aux blessés, aux victimes d'accidents sur la voie publique, par un médecin requis à cet effet, ne craignent pas, celui-ci parti, de faire appeler le médecin habituel du commissariat qui n'avait pu se rendre à la première réquisition, de manière à lui permettre de toucher la prime de 6 francs allouée de ce chef. Il y a là un abus auquel il importe de remédier.

M. le Secrétaire général dit qu'il s'enquerra de l'exactitude de ces faits.

Les art. 1 et 2 sont adoptés.

Art. 3. Secours médicaux de nuit.

Un membre dit qu'il importe de règlementer sévèrement ce service. Certains médecins, appelés dans la soirée par des clients peu solvables, retardent leur visite jusqu'à dix heures, pour se faire payer leurs honoraires par la Préfecture de Police.

M. le Secrétaire général dit que l'Administration n'a pas manqué de sévir, chaque fois que cet abus lui a été signalé, en rayant le médecin qui s'en était rendu coupable des listes du service médical de nuit.

L'art. 3 est adopté.

Les médecins des hôpitaux. — Les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux donnent gratuitement, comme on le sait, leurs soins aux malades; ils ne reçoivent aucune espèce de rémunération; seulement, il leur est alloué une indemnité de déplacement qui varie de 1.200 à 1,500 francs, suivant que l'hôpital est ou non considéré comme excentrique.

Cette indemnité, déjà fort ancienne, est devenue aujourd'hui dérisoire, et l'administration ne peut avoir la prétention de la mettre en rapport avec les frais imposés.

Aussi M. le directeur de l'Assistance publique vient-il de proposer au Conseil municipal, dans son projet du budget pour 1883, de porter l'indemnité allouée aux médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux de Paris, au taux uniforme de 2,000 fr. et celle des médecins attachés aux établissements hospitaliers situés hors Paris, à 3,500 fr.

Cette réforme doit être considérée comme une simple preuve de bonne volonté, car il est bien évident que, malgré cette augmentation, l'indemnité de déplacement ne suffira pas à couvrir la dépense à laquelle elle devrait correspondre.

COMMISSION D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — Par arrêté ministériel en date du 24 octobre, MM. les docteurs Bouchard et Bouchardat, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Bourceret, ancien interne des hôpitaux, sont nommés membres de la Commission d'hygiène scolaire.

LYCÉE SAINT-LOUIS. — M. le Dr Troisier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris et médecin des hôpitaux, est nommé médecin du lycée Saint-Louis, en remplacement de M. le Dr Hillairet, décédé.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le professeur Hardy commencera ses leçons cliniques le samedi matin 18 novembre, à 10 heures, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Le jeudi, examen des malades par les élèves.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. le professeur B. Ball commencera ses leçons cliniques le dimanche matin 19 novembre, à 10 heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le jeudi, examen des malades par les élèves.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le Professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale le vendredi 10 novembre à neuf heures et quart, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis.

Le mercredi, démonstrations physiologiques par M. Bochefontaine, chef du laboratoire et M. Hardy, chef adjoint.

La visite des malades aura lieu tous les matins à huit heures et demie.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. le Dr T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique médicale, sur les maladies des femmes, le samedi, 11 novembre, à 9 heures du matin et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault.

Les jeudis, consultation avec examen au spéculum.

HYGIÈNE MUNICIPALE. — Du masque de fer:

Dans une petite ville de Normandie.

Le président du conseil municipal:

— La séance est ouverte.

Un des conseillers, médecin de son état:

— La fenêtre aussi, Monsieur le président..., ça va faire un courant d'air!

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

7776.6

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 55 SAMEDI 11 NOVEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 55. Samedi 11 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

REVUE CRITIQUE

—

Les maladies par ralentissement de la nutrition (*Suite et fin*).

Par M. le Dr H. Barth,
Médecin des hôpitaux.

Jusqu'ici nous avons eu affaire à des maladies relativement simples, et dont la caractéristique chimique est assez facile à donner ; nous avons vu en effet qu'elles étaient constituées par le défaut d'élaboration de tel ou tel principe immédiat tertiaire, de la cholestérine, de la graisse, du sucre. Les affections étudiées par M. Bouchard dans la seconde partie de son livre, telles que la gravelle, la goutte, le rhumatisme, sont, d'après lui, caractérisées par l'oxydation incomplète des matières protéiques avec tendance à l'accumulation de produits intermédiaires, mais en même temps on voit subsister le défaut d'élaboration des acides, de la cholestérine, des graisses, du sucre, d'où une complexité qui rend l'étude chimique de ces maladies beaucoup plus difficile. Cette difficulté n'a pas arrêté M. Bouchard, et s'il n'a pas éclairci tous les points obscurs de ces questions encore mal connues, on peut dire du moins qu'il a fort habilement tiré parti des connaissances acquises, en y ajoutant l'appoint considérable de ses travaux personnels.

L'histoire de la *gravelle* peut servir de préface à celle de la goutte; on y reconnaît deux espèces bien distinctes : la gravelle par maladie locale et la gravelle par trouble général de la nutrition. La première ou gravelle phosphatique, n'est qu'un phénomène contingent, le plus souvent lié à une affection des voies urinaires : inflammation catarrhale ou ulcéreuse du bassinet ou de la vessie, ou rétention et fermentation de l'urine dans son réservoir; dans ce dernier cas on constate presque toujours la présence d'un ferment figuré, introduit soit mécaniquement par la cathétérisme, soit spontanément par migration des bactéries préputiales dans l'urèthre humide des individus qui urinent par regorgement ; les dépôts, abondants et friables, sont formés de phosphates calcaires et ammoniaco-magnésiens. Au contraire, la véritable gravelle, celle qui succède à un trouble général de la nutrition, est souvent héréditaire, presque toujours constituée par la précipitation de l'acide urique, auquel se joint parfois l'acide oxalique; elle est due soit à une formation exagérée, soit à un défaut de solubilité de ces acides, et les causes de ces désordres sont les mêmes

(1) V. *France médicale*, nos 53 et 54.

que celles du ralentissement de la nutrition en général. Aussi voit-on souvent la gravelle précéder ou accompagner les autres maladies de la même famille, celles que nous avons eu déjà tant de fois l'occasion d'énumérer.

Dans la *goutte* aussi l'accumulation de l'acide urique semble jouer un rôle important, et les dépôts tophacés formés par des cristaux d'urate de soude sont généralement considérés comme le principal caractère anatomique de la maladie. Mais M. Bouchard se refuse à voir dans l'uricémie la cause essentielle de la goutte ; cette cause, selon lui, est plus générale et il faut la chercher dans le défaut d'élaboration de toutes les substances organiques. Les goutteux brûlent mal les acides, car indépendamment de l'uricémie on observe souvent chez eux la surabondance de l'acide oxalique et des décharges considérables de phosphates par les urines; ils brûlent mal la graisse, car chez eux l'obésité, la lithiase biliaire, sont loin d'être rares; ils brûlent mal le sucre, car la glycosurie, le diabète même, font souvent partie du cortège pathologique de la goutte ; enfin, ils brûlent mal les matières azotées, car les substances dites extractives sont chez eux en excès, et ils présentent assez souvent des pseudo-albuminuries qui révèlent l'élimination en nature des matières albuminoïdes. Il y a donc chez eux nutrition retardante au premier chef, et c'est ce trouble général des opérations chimiques qui nous rend compte des innombrables maladies antécédentes : bronchites, asthme, eczéma, dyspepsie, hémorrhoïdés, qu'on englobe trop facilement, sous le nom de formes larvées, dans la symptomatologie de la goutte, et qui ne sont en réalité que les avant-coureurs de la goutte.

Ces maladies, dont la cause nous échappe si souvent, M. Bouchard les étudie dans l'ordre habituel de leur apparition ; il passe ensuite à la description de l'accès de goutte, et trouve encore sur ce sujet réputé si connu bien des choses intéressantes à dire, notamment à propos de la fièvre goutteuse, trop peu signalée par les auteurs. Enfin, il aborde l'importante question du traitement : dans la goutte comme dans la gravelle, une des indications les plus évidentes est de combattre l'uricémie ; il convient donc de modérer la production de l'acide urique par un régime convenable, et d'en favoriser la dissolution par les alcalins, par la potasse et la lithine ; mais ce n'est pas tout, et ce n'est même pas l'essentiel : l'attention du médecin doit se porter surtout vers le trouble général de la nutrition, vers la diathèse ; dès les premiers accidents prémonitoires, il devra prescrire une hygiène tonique, un régime modéré quoique suffisant, un usage régulier des excitants de la peau ; il devra aussi prémunir son malade contre les dangers des excitations exagérées du système nerveux, et enfin ne pas lui permettre d'attendre pour se

soigner le moment de l'accès, qui est précisément celui où la goutte veut être respectée.

Quelques leçons consacrées aux maladies rhumatismales remplissent le reste du volume : l'auteur n'a fait d'ailleurs qu'effleurer ce sujet, auquel il se propose sans doute de revenir plus tard. A ses yeux, le rhumatisme est « une maladie par nutrition retardante compliquée de prolifération cellulaire », mais, si l'exactitude de cette définition est rendue probable par les affinités morbides que la statistique révèle entre le rhumatisme et les autres maladies par ralentissement de la nutrition, elle ne peut être rigoureusement démontrée par l'étude pathogénique, car la pathogénie du rhumatisme est encore ncertaine ; des théories très disparates proposées pour l'expliquer : héories embolique, parasitaire, névrotrophique, humorale, la prenière ne supporte pas l'examen, la seconde paraît s'appliquer à des aits étrangers au vrai rhumatisme, la troisième n'est qu'une brillante hypothèse, la dernière, qui paraît la plus probable, manque de reuves suffisantes. — Si la question de la pathogénie des maladies humatismales est si peu avancée, il en faut chercher la cause dans a confusion qu'on a laissée s'établir entre la polyarthrite rhumatisnale vraie et une série d'affections qui la simulent et qu'on pourrait ppeler des pseudo-rhumatismes.

Parmi ces faux rhumatismes se placerait en première ligne la madie appelée rhumatisme noueux, qui, suivant M. Bouchard, serait ne entité morbide tout à fait spéciale, affectant des rapports avec scrofule, la phthisie et l'albuminurie, et appartenant au groupe es maladies de déchéance. Il faudrait de même écarter complètement du rhumatisme toutes ces arthrites symptomatiques de l'érysiële, de la dysenterie, des angines, de certaines bronchites putrides, la scarlatine, de la variole, et ces autres faux rhumatismes qui mpliquent la blennorrhagie, le cathétérisme, la menstruation, la ossesse, les suites de couches, etc. Toutes les maladies qui se comiquent de pseudo-rhumatismes sont des maladies infectieuses, et s manifestations articulaires, tout comme les manifestations sur grandes séreuses qu'on observe assez souvent dans les mêmes s, paraissent être dues à la présence de l'agent infectieux dans les rties malades ; on peut les rapprocher des arthrites métastatiques la morve, du scorbut, de l'infection purulente ; ce sont des déarges de matière phlogogène s'opérant par les jointures.

Ce n'est pas là une simple hypothèse ; dans plusieurs de ces mala-s, l'agent infectieux a pu être constaté directement : dans la nnorrhagie il est formé par un micrococcus en forme de virgule, ouvert en 1872 par Hallier dans le muco-pus et dans le sang, et rouvé depuis par plusieurs observateurs. De même, chez un mae atteint d'arthrites spontanées avec symptômes généraux typhoï-

des, M. Bouchard a pu trouver dans la sérosité articulaire des organismes semblables aux monades décrites par Klebs; or, ce n'était pas là un vrai rhumatisme, mais bien une de ces affections encore mal connues, qui respectent le cœur et frappent habituellement les reins, qui résistent au salicylate de soude et tuent rapidement les malades avec des accidents typhoïdes suraigus, qui n'offrent en un mot avec le rhumatisme que des ressemblances grossières, auxquelles l'œil d'un clinicien ne saurait se tromper.

Quant au rhumatisme articulaire vrai, l'étiologie et la clinique s'unissent pour montrer qu'il est d'origine interne, de nature diathésique, et il forme le prototype d'une famille naturelle dans laquelle l'asthme, la migraine, certaines dermatoses viennent se ranger à titre d'accidents abarticulaires.

Telles sont les lignes principales de ce remarquable ouvrage, tout rempli d'idées et de faits nouveaux, et où les données classiques elles-mêmes sont exposées avec une originalité qui les fait paraître neuves. Nous n'avons pas eu la prétention d'analyser en quelques pages ce travail considérable ; nous avons cherché seulement à donner à nos lecteurs le désir de le lire avec l'attention qu'il mérite: savants et praticiens y trouveront un égal profit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1882. — *Présidence de* M. LABBÉ.

PERFORATION D'ARTÈRE DANS LES FOYERS PURULENTS. RAPPORT. — *M. Monod* lit un rapport sur une observation envoyé par M. Bouilly, relative à une ouverture spontanée d'une artère dans un foyer purulent.

Le sujet est un homme de 30 ans, atteint d'une ostéomyélite ancienne de l'extrémité inférieure du fémur. Il existait une collection purulente qui donnait lieu à de la fièvre; on fit une profonde incision qui évacua du pus situé dans le creux poplité. Lavage à la solution forte. Quelques instants après, survient une violente hémorrhagie qui est arrêtée par une pince hémostatique; puis M. Bouilly fait la ligature de la fémorale à l'anneau.

Deux jours après, le malade était trouvé mort dans son lit. On n'a pu trouver la cause de la mort. L'artère poplitée était perforée. M. Bouilly croit que cette hémorrhagie est liée à l'état général du malade.

Le rapporteur fait remarquer que, dans certains cas relativement nombreux qu'il a relevés dans la statistique dont il a fait part dernièrement à la Société, il n'y avait pas de raison d'invoquer l'état général. Il croit que dans certains cas l'artère peut être perforée sous l'influence d'un travail local. Il s'est fait une artérite qui a

pour conséquence l'amincissement et la disparition de la membrane moyenne. Si cet amincissement n'est pas compensé par un épaississement dû à une prolifération cellulaire de la membrane externe, la perforation se produit. Cette prolifération peut être empêchée par le mauvais état du sujet : celui-ci joue alors un rôle : mais la perforation peut se produire en dehors de tout état général. Il y a donc une opinion intermédiaire entre ces deux extrêmes qui rapportent l'un tout à l'altération locale, l'autre à l'altération générale.

M. Trélat. Il y a des hémorrhagies incontestablement causées par le ramollissement des tuniques vasculaires seul, sans septicémie aucune. La malade de Roux, citée par M. Monod à la dernière séance et que j'ai suivie alors que j'étais interne, rentrait dans cette catégorie.

En revanche, j'ai vu des cas d'hémorrhagie où la septicémie était seule en cause. Je citerai notamment le cas d'un malade observé pendant la guerre de 1870. Il avait à la cuisse une plaie causée par une balle : il survint des hémorrhagies successives qui nécessitèrent ligatures sur ligatures, sans que rien pût les arrêter : enfin, je fis l'amputation : les hémorrhagies reparurent et le malade mourut. Dans ces cas, les phénomènes de cicatrisation qui aboutissent à l'hémostase définitive ne s'accomplissent pas : dès que le bouchon artériel, ligature à la soie, au catgut, est enlevé, l'hémorrhagie se reproduit.

Il ne faut pas confondre deux catégories de cas qui sont distinctes par l'étiologie et l'évolution.

M. Verneuil fait remarquer que dans les observations rapportées, il n'était pas question d'hémorrhagies à la suite des plaies vasculaires; mais bien d'hémorrhagies fournies par des vaisseaux côtoyant les cavités d'abcès. Il y a de ces hémorrhagies qui sont liées à la septicémie, quel que soit le mécanisme de la perforation. Les phénomènes observés sont comparables à ce qui se passe dans la dénudation des artères à la suite de l'extirpation des tumeurs. Si la plaie est aseptique, la membrane externe bourgeonne et s'épaissit; si la plaie est septique, l'artère s'amincit suivant le mécanisme indiqué par M. Monod, et se perfore : l'hémorrhagie apparaît d'autant mieux que, sous l'influence de la septicémie, aucun caillot ne s'est formé dans le vaisseau.

M. Desprès voudrait que M. Monod otât de sa statistique les quinze observations d'hémorrhagie de la carotide interne à la suite de carie du rocher : car ce sont des cas de perforation par un corps étranger (séquestre). Dans les abcès de la tuberculose, nous savons que des vaisseaux peuvent être ouverts : nous n'avons qu'à voir ce qui se passe dans la tuberculose pulmonaire.

Mais dans les abcès chauds et les abcès par congestion, on constate très rarement des hémorrhagies.

M. Lannelongue fait remarquer que les hémorrhagies sont la règle dans les abcès tuberculeux et dans les abcès par congestion qui sont des typés d'abcès tuberculeux. Il rappelle que le mécanisme de ces hémorrhagies a été décrit par lui dans son mémoire sur les abcès tuberculeux. En effet, la poche de l'abcès est formée de follicules tuberculeux dont les plus voisins du centre subissent la fonte caséeuse et versent leur contenu dans la cavité de l'abcès, tandis que cette paroi se développe par l'adjonction d'une nouvelle couche de follicules à la périphérie : dans cette poche sont des capillaires très volumineux dont la paroi est formée d'une simple couche de cellules embryonnaires. Dès que celle-ci est atteinte par la fonte caséeuse, du sang est déversé dans la cavité. C'est pourquoi, quand on ouvre un abcès froid, on trouve toujours du sang qui est quelquefois déposé sous forme de caillots; d'autre fois la présence du sang n'est révélée que par le microscope qui montre les hématies.

Pour ce qui est des artères, on peut dire que jamais au début une artère n'est isolée au milieu de l'abcès, qu'elle côtoie tout d'abord. Les modifications qui se produisent dans sa paroi sont : l'épaississement de la membrane externe, l'atrophie de la membrane moyenne, le bourgeonnement et la prolifération de la membrane interne qui rétrécit et peut quelquefois oblitérer la lumière du vaisseau.

Mais quelquefois l'artère ne résiste pas : les éléments embryonnaires de la membrane externe se caséifient, l'artère s'amincit, s'ouvre et verse du sang dans l'abcès. A ces hémorrhagies est liée une modification dans l'état général et la fièvre se montre. Du reste, la température générale est augmentée chez les individus porteurs d'abcès froids, et cette élévation varie de 5 à 6 dixièmes à 1°. C. qui veut dire qu'ils résorbent.

M. Monod est heureux d'avoir entendu la communication de M. Lannelongue qui vient confirmer sa théorie en l'appuyant sur des considérations anatomo-pathologiques précises.

Il répond à M. Després, au sujet des hémorrhagies dans les caries du rocher, que Joly, dans sa thèse, a été obligé de reconnaître qu'il n'avait trouvé que deux cas où la perforation eût été causée par un séquestre. Du reste, il y a un point remarquable, c'est que la perforation se produit toujours à l'union de la portion horizontale avec la portion verticale.

A propos des hémorrhagies dans les phlegmons, il rappelle les deux cas de Demarquay, où l'hémorrhagie s'est produite dans des abcès ouverts spontanément et dans ces deux cas on ne pouvait l'attribuer à un corps étranger.

M. Després est d'accord avec M. Lannelongue sur la fréquence des hémorrhagies dans les abcès tuberculeux : mais il fait appel à l'expérience de ses collègues et leur demande s'ils ont vu souvent

des gros vaisseaux ouverts par de volumineux abcès par congestion, et dit qu'il n'en a jamais vu.

Quant à la perforation de la carotide interne dans la carie du rocher, la présence d'une saillie osseuse dénudée et pointue explique la constance de la perforation à l'union des portions horizontale et verticale du trajet de l'artère.

M. Trélat fait observer que M. Lannelongue a parlé du mécanisme intime de la perforation et que M. Després en parlant des cas graves a demandé qu'on lui citât des cas nombreux; si ces cas ne sont pas nombreux, cela s'explique par l'évolution de la poche qui, dans certains points et dans presque toute son étendue pour les abcès anciens, peut devenir fibreuse; c'est cette transformation fibreuse qui explique la rareté des hémorrhagies; la poche ne végétant plus, la paroi artérielle n'est plus attaquée.

Fracture de cuisse, cal vicieux, ostéotomie, redressement. — *M. Verneuil* présente un malade auquel il a fait l'ostéotomie pour redresser un cal vicieux. Le sujet est un homme qui était tombé et avait eu la cuisse fracturée par une roue de voiture; il avait été excessivement malade. Quand il s'est levé de son lit, la cuisse était en forte abduction. M. Verneuil, quand il le vit, crut d'abord à une luxation obturatrice, mais sous le chloroforme il s'aperçut que c'était une fracture sous-trochantérienne vicieusement consolidée.

Par une incision verticale de 7 à 8 cent. au-dessous du grand trochanter, il arriva sur le fémur qu'il sectionna aux trois quarts en 2 minutes 1/2 et très facilement avec l'ostéotome de Mac-Ewen; il acheva la section en rompant le reste de l'os. Le pansement consista en applications de bandelettes phéniquées, immobilisation par des attelles plâtrées; après sept à huit jours la plaie était presque fermée. La guérison eut lieu en un mois. Il appelle l'attention sur la simplicité extrême du manuel opératoire et des suites de l'opération. L'opéré marche très bien et est bien redressé.

M. Lucas-Championnière partage l'opinion de M. Verneuil sur ce dernier point. Il vante les grands avantages des ostéotomes de Mac-Ewen dont il n'a eu qu'à se louer dans une opération de genu valgum qu'il a récemment faite dans son service.

Amputation de cuisse, présentation de malade. — *M. Després* présente un malade auquel il a fait une amputation de cuisse il y a vingt-huit jours. Il se lève et marche depuis douze jours ; la cicatrisation est complète. La plaie a été pansée avec les vieux pansements et l'amputation n'était pas sous-périostée. La température n'est montée qu'à 38° le soir de l'opération. Le sujet était atteint de tumeur blanche et était très décidé, conditions dont il faut tenir compte, ajoute M. Després.

M. Trélat. Le fait prouve simplement que la marche de la plaie

a été favorable et que s'il y a des méthodes d'antisepsie, il n'y en a pas une qui assure l'antisepsie exclusivement à toute autre. L'opéré de M. Després a guéri antiseptiquement.

Il n'a pas guéri plus rapidement que par l'emploi de méthodes plus perfectionnées; car on a cité des guérisons au bout de sept, neuf, onze et treize jours.

Il fait remarquer que la cicatrice est adhérente à l'os, que le travail de rétraction amènera une cicatrice centrale et que le moignon par la suite sera un peu court. Il ne voit pas l'avantage des pansements qu'emploie M. Després; le fait prouve qu'on peut quelquefois les employer sans de trop grands inconvénients.

M. M. Sée. Ce fait rentre dans la catégorie des résultats qu'on obtenait avant l'emploi des pansements antiseptiques. Il fait au moignon les mêmes reproches que M. Trélat.

M. Nicaise fait observer qu'avec les pansements antiseptiques et la méthode sous-périostée, on obtient un moignon mobile sur l'os, ce qui n'a pas lieu ici. De plus, le moignon du malade deviendra par la suite conique et douloureux.

M. Després dit qu'avec de petits lambeaux, il existe toujours primitivement des adhérences à l'os qui disparaissent par la suite; ce n'est qu'avec les grands lambeaux que le moignon est mobile d'emblée.

M. Th. Anger montre l'extrémité inférieure du fémur du malade dont il a parlé dernièrement dans son rapport sur le mémoire de M. Humbert, et auquel il avait ouvert une collection qu'il croyait formée par du pus, et qui n'était que du sang.

Le malade s'était décidé à l'amputation. Il montre les pièces. Le résultat de l'examen auquel il s'est livré ne l'a pas encore édifié sur la nature de la tumeur. On constate en effet dans le fémur une grande cavité traversée par des lamelles osseuses et remplie de sang; elle communique par un pertuis avec une cavité située sous le périoste qui est décollé et épaissi. L'os au pourtour du décollement est très épaissi et comme éburné.

Dans le canal médullaire, au-dessus de la cavité centrale signalée plus haut, on trouva un petit abcès. Le malade est mort très rapidement avec des symptômes faisant penser à une embolie de l'artère pulmonaire qu'on a trouvée en effet à l'autopsie.

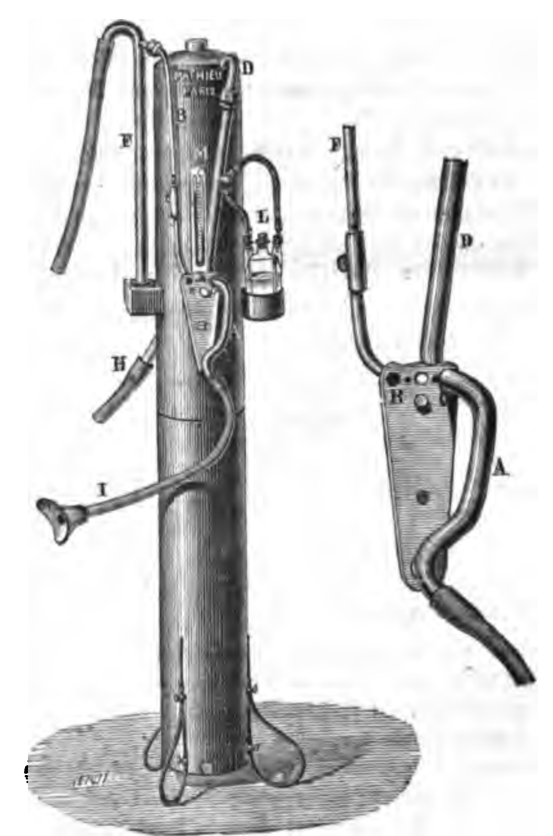
Le résultat de l'examen histologique sera communiqué ultérieurement à la Société. P. Bazy.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Appareil aérothérapique

M. le Dr Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie un appareil aérothérapique construit par MM. Mathieu fils, d'après les indications du Dr Maurice Dupont.

Bien différent des appareils compliqués et volumineux de Waldenburg, de Schmitzler, etc., dont l'application clinique est fort difficile. L'appareil du Dr Dupont, d'un mécanisme très simple, est destiné à vulgariser, dans la pratique des hôpitaux et de la ville, cette méthode aérothérapique puissante, que MM. les professeurs Dujardin-Beaumetz et Jaccoud ont si hautement préconisée comme thérapeutique souveraine, prophylactique ou curative de la phthisie pulmonaire.



Cet appareil fournit simultanément, sans aucune manœuvre, l'air comprimé et l'air raréfié ; pour le faire fonctionner, il suffit de disposer d'une prise d'eau ayant une pression suffisante.

L'appareil se compose d'un cylindre métallique A sur lequel s'ajuste en F la prise d'eau ; la colonne d'eau détermine une aspiration énergique qui se transmet par le tube B au dehors. L'air entraîné par la colonne d'eau se trouve comprimé dans l'appareil et ressort par le tube D. Devant les deux orifices R et C glisse ce frottement dans l'extrémité du tube A qui communique par un tube de caoutchouc avec l'embouchure.

Le malade, en respirant, doit déplacer alternativement à chaque mouvement respiratoire le manipulateur A de telle sorte que l'expiration ait lieu dans l'air raréfié et l'expiration dans l'air comprimé.

Un troisième orifice E permet de faire l'expiration ou l'inspiration dans l'atmosphère.

Le manomètre M indique à tout instant la pression de l'air raréfié et de l'air comprimé ; pour faire varier cette pression, il suffit de modifier le débit de l'eau.

Au moyen d'un robinet à trois voies, on peut faire passer l'air comprimé dans le vase à trois tubulures qui contient les principes médicamenteux que l'on veut faire respirer au malade.

Cet appareil offre sur tous les autres les avantages suivants : Réduction énorme du volume de l'appareil, suppression complète de toute manœuvre et production instantanée d'air raréfié ou d'air comprimé, ce dernier absolument pur, puisqu'il n'a pas encore servi à la respiration.

Les expériences ont été faites à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Dujardin-Baumetz.

NOUVELLES

CONSTATATION DES DÉCÈS. — MENTIONS A PORTER SUR LE CERTIFICAT DE VISITE. — CIRCULAIRE. — La circulaire ci-après a été adressée aux maires des vingt arrondissements de Paris.

Paris le 31 octobre 1882.

Monsieur le Maire,

Je suis informé que dans plusieurs arrondissements le certificat de vérification de décès qui doit être établi par le médecin de l'Etat civil, lors de chaque constatation, est en grande partie rempli à l'avance par des employés du bureau des décès.

Cet usage présente de graves inconvénients au point de vue de la rédaction des actes de l'Etat civil, en supprimant l'une des sources les plus sûres d'informations. Et recueillant dans la famille même les renseignements qui garantissent l'identité de la personne dont le Maire autorise l'inhumation, le médecin de l'Etat civil peut obtenir sur l'orthographe du nom, l'âge, le nom des conjoints, etc., etc., des indications d'autant plus précieuses qu'il les tient des plus proches parents du défunt, lesquels

doivent, au besoin, lui présenter les actes authentiques qu'ils ont en leur possession.

Je dois également, Monsieur le Maire, appeler votre attention sur l'habitude prise par certains médecins de l'Etat civil de transcrire à l'avance, sur le certificat de décès, les indications portées sur le mandat de visite. Cette manière d'opérer fait également disparaître dans la rédaction des actes de décès les garanties que présentent les renseignements donnés par les parents les plus proches du défunt. De plus, il se présente des cas où le médecin de l'Etat civil renvoie à la mairie le mandat et le certificat de visite par suite de l'impossibilité dans laquelle il se trouve d'effectuer la constatation du décès, lorsque par exemple le domicile est inexactement indiqué. Le certificat de visite étant rempli et signé à l'avance et la seule mention de la cause du décès y faisant défaut, les bureaux peuvent être induits en erreur et croire que la constatation a été effectivement opérée.

Je n'ignore pas, Monsieur le Maire, que les certificats devant être rapportés par la famille au moment de la rédaction de l'acte, cette confusion a rarement lieu dans la pratique; cependant le fait s'est produit tout récemment et il est d'une telle gravité que je dois vous signaler les mesures à prendre pour en éviter le retour.

J'ai l'honneur, en conséquence, Monsieur le Maire, de vous prier de vouloir bien rappeler à MM. les médecins de l'Etat civil de votre arrondissement que c'est à eux qu'incombe le soin de remplir, au moment même de la constatation du décès, toutes les mentions que comporte le certificat qui vous est destiné. Vous voudrez bien leur faire remarquer combien il est important de recueillir avec le plus grand soin toutes les indications qui leur sont fournies par la famille du décédé, une inexactitude ou une négligence pouvant avoir, lorsqu'elle est reproduite dans l'acte de décès, les plus graves conséquences.

Je vous adresse, à cet effet, un certain nombre d'exemplaires de la présente circulaire dont vous voudrez bien remettre une copie à chacun de Messieurs les médecins de l'Etat civil de votre arrondissement, les autres exemplaires étant destinés au bureau des décès et aux archives de votre Mairie.

Je vous serai obligé de m'accuser réception de la présente circulaire.

Veuillez recevoir, Monsieur le Maire, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. le Dr Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris a adressé au Conseil général de la Seine, dans sa dernière séance, une demande à l'effet d'obtenir la création d'un deuxième poste d'interne en médecine pour la clinique de l'asile public des aliénés de Sainte-Anne.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Par arrêté préfectoral du 27 octobre 1882, M. le Dr Léon Colin, inspecteur du service de santé des armées, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre de la Commission technique, instituée par l'arrêté du 25 octobre 1882, pour la recherche du procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène.

La retraite des professeurs. — Par décret, en date du 4 novembre, les professeurs titulaires des facultés, des écoles supérieures, de plein exercice et préparatoires, des lycées et collèges qui réunissent les conditions légales pour être admis à la retraite, ne peuvent y être admis que sur leur demande ou après que le ministre a pris l'avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Les délibérations de la section, dans les affaires de cet ordre, ne sont valables que si la moitié plus un des membres sont présents.

Administration générale de l'Assistance publique. — Hospice de la Salpêtrière. — *Consultations externe :*

MÉDECINE

MM. le docteur	Charcot,	le mardi à 9 heures 1/2.
—	Luys,	le mercredi à 9 heures 1/2.
—	Moreau,	le lundi à 9 heures 1/2.
—	Voisin (Auguste),	le vendredi à 9 heures 1/2.
—	Legrand-du-Saulle,	le samedi à 9 heures 1/2.

CHIRURGIE

M. le docteur Terrillon,	le jeudi à 9 heures 1/2.

NOTA. — La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales.

Le commerce de l'opium. — Le consul général de France à Shanghai, M. Garnier, fournit d'intéressants renseignements sur le commerce de l'opium en Chine.

L'opium représentait, comme valeur, en 1880, les deux cinquièmes du total des importations étrangères dans les *treaty ports* : 234 millions de francs sur 574 ou 40 0/0; mais, indépendamment des quantités de ce produit importées dans les ports ouverts au commerce étranger, les jonques chinoises venant de Hong-Kong en introduisent dans les ports encore fermés environ 25,000 piculs valant, en chiffres ronds, 81 millions de francs, ce qui porte à 815 millions de francs la valeur de l'opium étranger consommé en 1880 par la population du Céleste-Empire.

Pendant les dix dernières années, l'introduction générale de l'opium en Chine a augmenté de 13.50 pour cent. et l'importation de cet article dans les *treaty ports* pendant la même période s'est accrue dans la proportion de 43.50 pour cent. Cet accroissement considérable s'explique par ce fait que, durant cet intervalle de dix ans, plusieurs des ports du littoral chinois dont l'accès était interdit aux navires étrangers leur ont été ouverts.

L'opium consommé en Chine provient de trois sources principales : de Malwa, dans la présidence de Bombay, de Patna et de Benarès, dans la présidence du Bengale. A Malwa, la culture du pavot et la fabrication de l'opium sont libres ; à Patna et à Bénarès, culture et fabrication sont surveillées par le gouvernement de la province, qui exerce sur ce produit un véritable monopole.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 56 MARDI 14 NOVEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 56. Mardi 14 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LE PROFESSEUR HARDY.

De la Gale.

Leçon recueillie par le Dr Albert Josias,
Chef de clinique de la Faculté
et revue par le Professeur.

Messieurs,

J'ai cru utile de vous faire une leçon sur la gale. Il n'est pas permis à un médecin de méconnaître cette affection cutanée, dont le diagnostic est quelquefois assez difficile. Elle est caractérisée, en effet, par des signes spéciaux; mais, vous devez savoir qu'elle se présente avec des éruptions diverses, qui n'ont pas de valeur absolue, et au milieu desquelles vous avez besoin d'un fil conducteur pour arriver au diagnostic exact. Il serait aussi fâcheux de méconnaître la gale lorsqu'elle existe, que de croire à son existence et d'instituer un traitement inutile et quelquefois nuisible, lorsqu'il s'agit d'une autre maladie.

La gale est une affection cutanée, causée par la présence d'un parasite animal, que Linné, en 1746, a classé sous le nom *d'acarus humanus subcutaneus*.

Ce parasite détermine une série de symptômes que je dois d'abord ignaler. La démangeaison occupe le premier rang dans la symptomatologie de la gale. Son absence est excessivement rare, bien qu'elle it été signalée chez quelques sujets lymphatiques. Le plus souvent lle se montre vive, intense, principalement le soir, la nuit. C'est, en ffet, un des attributs de cette démangeaison de se montrer légère urant la journée, et d'acquérir pendant la nuit, peut-être sous l'inluence de la chaleur du lit, une acuité particulière.

Il n'y a rien là de spécial et je tiens à vous faire remarquer que es démangeaisons qui accompagnent la plupart des dermatoses, els que l'eczéma, le lichen, les affections papuleuses, etc, se révènt plus fortes le soir que le matin. D'ailleurs, dans la gale, la cause e cette démangeaison est due à la pérégrination et aux piqûres des cares, parasites noctambules, qui se terrent durant la journée et se romènent sur la peau pendant la nuit. L'acare est pourvu d'un velin, comme la plupart des arachnides, et c'est à ce venin, inoduit sous l'épiderme, qu'il convient de rattacher, pour la plus rande partie, le phénomène de la démangeaison. J'ai d'ailleurs appuyer cette opinion sur une expérimentation directe. A l'époque

où j'étais médecin de l'hôpital Saint-Louis, j'ai recueilli sur plusieurs de mes malades un certain nombre d'acares, je les ai écrasés, et, avec la liqueur provenant de l'écrasement, et contenant le venin, je me suis fait des inoculations qui ont été suivies d'une sensation assez vive de cuisson et de démangeaison.

Revenant maintenant à la symptomatologie proprement dite, je vous dirai que la démangeaison et le phénomène réflexe qui la suit, c'est-à-dire le grattage, se montrent plus marqués à la partie supérieure des cuisses, sur l'abdomen, au niveau des aines et des aisselles. Quant au dos, il semble le plus souvent épargné.

Les phénomènes généraux n'existent nullement, dans l'immense majorité des cas. Toutefois, quelques malades ressentent le contre-coup de cette insomnie qui résulte de la persistance des démangeaisons; ils accusent alors de l'inappétence, se plaignent de troubles gastriques, et, lorsque la maladie se prolonge, ils maigrissent et s'affaiblissent.

Si cette démangeaison dont je viens de vous parler éveille l'idée de la gale, c'est surtout d'après les caractères des éruptions qu'on peut parvenir à en formuler le diagnostic.

Je vous signalerai d'abord une éruption papuleuse, le prurigo, et je vous invite à bien vous pénétrer de cette vérité, à savoir qu'il n'existe pas de gale sans prurigo. Assurément le prurigo n'appartient pas exclusivement à la gale, puisqu'il existe dans d'autres affections et particulièrement dans une autre affection parasitaire, dans la phthiriase. Mais vous arriverez facilement à les différencier l'une de l'autre, si vous voulez bien vous rappeler que le prurigo de la gale siège surtout à la partie antérieure de l'abdomen et des cuisses, à tel point qu'on cite à peine une exception sur cent cas de gale. Vous le rencontrerez bien à la partie antérieure et sur la face externe des avant-bras, mais vous ne le trouverez que d'une manière à peine appréciable sur le dos; tandis que dans la phthiriase, si le prurigo se montre dans plusieurs régions, c'est néanmoins et surtout sur les épaules qu'il se montre dans sa plus grande intensité, région dans laquelle, à côté des papules prurigineuses, on voit encore des excoriations linéaires, traces de grattage tout à fait caractéristiques.

A côté de cette éruption prurigineuse, vous en observerez une autre vésiculeuse, dont l'importance a été exagérée par des auteurs d'un incontestable mérite. Willam et Bateman, et leurs élèves, considérant cette éruption vésiculeuse comme la lésion constante et essentielle de la gale, n'avaient pas hésité à placer cette maladie parmi les affections vésiculeuses, à côté de l'herpès et de l'eczéma. Ces vésicules ont assurément quelque chose de spécial, si nous les envisageons au double point de vue de leur siège et de leur forme. Elles occupent diverses régions des mains et particulièrement les

faces latérales des doigts, les poignets, les seins, le pénis. Elles ont les dimensions d'un grain de millet, ne sont pas confluentes et présentent une certaine résistance. Tantôt elles se dessèchent et forment une croûte, parfois elles se transforment en pustules. A un examen superficiel, on est tenté d'établir une regrettable confusion entre ces vésicules et celles qui appartiennent à l'eczéma manuel, maladie dans laquelle l'éruption vésiculeuse existe seule, sans mélange d'aucune autre éruption et ordinairement en nombre bien plus considérable que lorsqu'il s'agit de vésicules scabieuses.

A côté des vésicules des mains, je mentionnerai une autre éruption qu'on constate au coude chez quelques malades. Je fais allusion ici à une éruption vésiculo-pustuleuse, formée d'éléments assez volumineux, contenant un liquide séro-purulent lequel, en s'épanchant au dehors, donne lieu à une croûte de couleur jaune brun assez semblable à une croûte impétigineuse. Lorsque ce placard croûteux existe aux coudes et n'existe que là, c'est pour moi un signe diagnostique important de la gale. Beaucoup plus rarement une éruption vésiculo-pustuleuse analogue a été observée dans la région axillaire.

J'arrive maintenant à vous parler, Messieurs, d'une autre éruption pustuleuse constituée par des pustules distinctes les unes des autres et ayant quelque analogie avec celle de la variole. J'ai nommé les pustules d'ecthyma qu'on remarque si souvent sur les mains. Au temps où j'étais médecin de l'hôpital Saint-Louis, j'avais coutume d'annoncer la gale chez tous les individus qui se trouvaient porteurs de pustules d'ecthyma sur les mains et je disais familièrement : « ecthyma des mains, veut dire gale. » Des pustules semblables peuvent se rencontrer aux membres, aux pieds, au tronc, et particulièrement aux fesses, mais c'est surtout aux mains qu'elles ont une valeur diagnostique spéciale.

Je ne puis prétendre, Messieurs, dans une leçon d'ensemble, et nécessairement écourtée, vous relater toutes les particularités qui ont rapport aux diverses éruptions qui accompagnent la gale ; je vous dirai seulement qu'avec cette maladie on peut rencontrer des éruptions d'une tout autre nature, telles que celles de l'eczéma, du lichen qui viennent obscurcir le diagnostic et qui ont pour résultat assez fréquent de faire méconnaître la nature scabieuse de la maladie.

Du reste, la constatation de ces éruptions variées, que je viens d'indiquer, ne résout qu'une partie du problème, car elle ne nous permet pas d'assurer un diagnostic rigoureux que nous devons rechercher et que nous trouvons dans des signes plus spéciaux et je dirai même caractéristiques, je veux parler des *sillons* qui vous révèlent la présence des acares. Vous rechercherez ces sillons d'abord sur les mains, dans l'interstice des doigts, sur leurs faces latérales, sur les

poignets, aux avant-bras, aux pieds, autour du mamelon chez les femmes, sur le pénis chez les hommes. Le sillon scabieux se présente sous la forme d'une petite ligne grise, souvent ponctuée de points plus foncés, variant, comme longueur, de deux à trois millimètres jusqu'à deux, trois et même quatre centimètres et affectant une direction plus ou moins contournée. Chaque sillon offre deux extrémités ; l'une, l'entrée, la tête, pour me servir de l'expression d'Hebra, est la plus large et se montre quelquefois éraillée, ce qui est en rapport avec l'entrée de l'acare sous l'épiderme ; l'autre extrémité, la queue, se montre légèrement saillante, et dénote par transparence l'existence d'un petit point blanc qui n'est autre chose que l'acare lui-même. Vous recueillerez cet acare, si vous avez soin de déchirer la dernière partie du sillon, avec la pointe d'une épingle, par exemple, de manière à convertir la galerie fermée en une voûte à ciel ouvert, ce qui vous permettra de racler ce sillon avec l'extrémité de votre épingle. Grâce à cette manœuvre, vous obtiendrez l'acare sur un des côtés de votre instrument, et vous le reconnaîtrez facilement à l'aide de la loupe et surtout en le plaçant sur une surface noire et lisse sur laquelle il apparaîtra comme un point blanc très distinct. Si ces sillons sont souvent isolés, il n'en est pas moins certain qu'ils peuvent être accompagnés de vésicules ou de pustules développées sur leur trajet et sur leurs extrémités.

Quoi qu'il en soit, persuadez-vous bien que ce sillon est creusé dans l'épiderme et ne communique jamais avec le contenu de ces éléments pathologiques de la peau ; il en résulte que l'acare séjourne dans un canal absolument sec. D'une façon générale, sinon absolue, chaque sillon renferme un seul acare, mais il contient des œufs en nombre variable.

L'acare (*acarus scabiei*) est le parasite de la gale; il appartient à la classe des arachnides, il a une forme arrondie, un peu ovale et mesure un tiers de millimètre en longueur et un quart de millimètre en largeur. Cet acarien présente quatre pattes de chaque côté, deux antérieures deux postérieures ; les premières sont garnies d'un tube armé d'une ventouse, les dernières se terminent par un poil. A l'une des extrémités répond la tête ; à l'autre extrémité se trouvent l'anus et les organes sexuels. Je ne m'étendrai pas plus longuement sur ces particularités d'histoire naturelle; je me permettrai cependant de vous faire observer que le mâle est plus rare, qu'il ne se terre pas et par conséquent est plus difficile à rencontrer. Il est plus petit et, comme configuration spéciale, outre un pénis aux parties génitales, il possède aux dernières pattes postérieures une tenaille, un ambulacre armé d'une ventouse, tandis que la femelle se trouve pourvue d'un long poil aux mêmes pattes.

Dès que vous aurez rencontré un sillon, à l'extrémité duquel l'acare

aura été découvert, vous serez en droit d'affirmer, d'une manière absolue, le diagnostic de la gale. C'est donc à découvrir le sillon que vous devez vous appliquer toutes les fois que vous soupçonnerez l'existence de la gale.

Avant d'aller plus loin, je veux encore vous parler d'un caractère spécial, que vous rencontrerez chez l'homme. Il s'agit d'une saillie papuleuse qu'on rencontre fréquemment chez l'homme sur le prépuce ou sur le fourreau de la verge, ou même aux bourses et qui est désignée communément sous le nom de grosse papule de la verge; cette papule à laquelle est annexée souvent un véritable sillon est aussi caractéristique que le sillon des mains. Par contre, chez les femmes on trouve souvent autour du mamelon quelques sillons courts et quelques papules moins saillantes, mais analogues aux papules rencontrées sur les parties génitales des hommes.

A propos du sein des femmes, je vous signalerai encore la fréquence des eczémas sur cette région. Cet eczéma, qui consiste en une plaque suintante et recouverte de croûtes, est régulier, arrondi, et entoure le mamelon qui alors s'efface presque complètement. Cet eczéma régulier des seins, existant dans cette seule région, ne se développe que dans des conditions déterminées, c'est-à-dire chez les femmes nourrissant, chez les femmes enceintes ou chez celles qui sont atteintes de la gale. Si donc vous trouvez un eczéma du sein chez une femme qui n'est ni enceinte, ni nourrice, vous pouvez soupçonner qu'elle est atteinte de la gale et vous devez rechercher les caractères spéciaux de cette maladie. Vous ne devez pas oublier ce renseignement dont j'ai eu lieu de constater souvent l'exactitude.

La gale est une affection durable, persistante, si on ne la soumet à aucun traitement. Il est rare qu'elle cède, lorsqu'on l'abandonne à elle-même. Chez certains individus qui se livrent à des soins de propreté minutieux, il n'est pas impossible qu'elle disparaisse spontanément, mais c'est là une exception sur laquelle vous ne devez pas compter. Sachez enfin que certains individus gardent et portent leur gale durant toute leur vie.

En Norwège, en Laponie, en Pologne, en Corse, la gale est endémique ; les habitants de ces diverses contrées ont leurs acares, au même titre que certaines classes de la société ont leurs puces. Pour que l'acare vive et qu'il produise des démangeaisons et des éruptions, il importe qu'il se développe sur un individu bien portant. Si un individu, atteint de gale, vient à contracter une maladie aiguë fébrile, les démangeaisons disparaissent, les éruptions, les sillons s'effacent et la maladie parasitaire ne commence à se manifester de nouveau que lors de la convalescence. La réapparition des démangeaisons et des éruptions est donc un signe pronostique favorable relativement à la maladie intercurrente. Si cette affection dure long-

temps, la gale peut même disparaître complètement, mais le plus ordinairement elle reparaît par l'éclosion des œufs au moment de la convalescence.

Le diagnostic de la gale varie suivant les individus et suivant la période éruptive à laquelle vous assistez. Dans la pluralité des cas, cette affection parasitaire se reconnaît aisément, à la condition de tenir un grand compte de tous les éléments de ce problème pathologique.

Quoi qu'il en soit, je dois vous prémunir en quelque sorte contre certaines chances d'erreur en vous parlant brièvement du diagnostic différentiel de la gale. Ce sont principalement la phthiriase, le strophulus, l'hyperesthésie cutanée, qui peuvent en imposer pour la gale, à un premier examen. Le prurigo pédiculaire, la phthiriase est caractérisé, comme la gale, par des papules de prurigo, mais ces papules sont disséminées sur tout le corps et elles sont plus grosses, elles se localisent plus spécialement sur le dos, entre les épaules et respectent complètement les mains. Le strophulus prurigineux consiste en une éruption vésiculo-papuleuse appartenant à l'enfance ou au jeune âge ; ici encore, nous sommes en présence, comme dans la gale, d'un prurigo avec vésicules et souvent avec des pustules d'ecthyma. Mais, tandis que dans la gale l'éruption peut siéger partout, sauf à la tête, dans le strophulus prurigineux, au contraire, on trouve toujours quelques papules aux joues ou à la région maxillaire. L'hyperesthésie cutanée, caractérisée par des lésions vives, s'accompagne aussi quelquefois de quelques papules de prurigo, mais, dans cette affection, il n'y a aucune éruption sur les mains, sur les seins, la verge, on ne trouve aucun sillon et le diagnostic s'établit par exclusion.

Il n'y a d'ailleurs pas à faire le diagnostic entre la gale et les affections eczémateuses, ecthymateuses et lichénoïdes ; il faut savoir que ces éruptions peuvent se développer chez des individus atteints de la gale. Il n'y a pas à poser de diagnostic entre ces maladies et la gale, il faut seulement rechercher si concurremment avec elles, il n'existe pas la gale d'une manière coïncidente. J'ajouterai seulement que, lorsque l'eczéma siège aux mains principalement, on doit concevoir de forts soupçons sur l'existence de la gale et en rechercher avec soin les signes spéciaux.

Nouvelles recherches cliniques et physiologiques sur quelques liquides organiques. (Eau des oursins, eau des kystes hydatiques et des cysticerques, liquide amniotique.

Par MM. J. Mourson et F. Schlagdenhauffen (1).

I. *Eau des oursins.* — Les oursins (*Strongylocentralus lividus*,

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Brandt, ou *Toxopneustes lividus*, Lacken) renferment dans l'intérieur de leur corps une eau qui est, de la part de quelques habitants du Midi de la France, l'objet d'un certain usage. Elle sert à exciter les fonctions digestives.

La médecine thérapeutique peut en retirer quelques profits, comme *eau minérale animale* analogue à celle des huîtres et susceptible d'être prescrite dans les mêmes conditions.

A la dose d'un demi-verre par jour, elle possède une action tonique, reconstituante, eupeptique, bien évidente. A dose plus forte, d'un ou deux verres, pris en une seule fois, elle produit des effets purgatifs semblables à ceux de l'eau de mer. Sa densité varie de 1028 à 1030.

A l'état frais, sa réaction est neutre ; mais, au bout d'un certain nombre de jours, elle se trouble et laisse déposer des flocons brunâtres avec odeur fétide, rappelant celle du sulfhydrate d'ammoniaque. Sa réaction devient alors alcaline et l'on y constate la présence de composés ammoniacaux et de sulfures, celle de matières organiques azotées et phosphorées.

Sa composition chimique est ainsi représentée pour 100 parties d'eau d'oursins (Toulon) :

	Eau	959 gr. 05	
	Matières solides	40 95	
dont			
	Sels fixes	37 40	
dont			
	Chlorure de sodium	29 gr. 2940	
	Chlorure de potassium	0 0523	
	Chlorure de magnésium	4 7658	
	Sulfate de calcium	1 9685	
	Sulfate de magnésium	1 2501	
	Carbonate de calcium	0 0692	
	Gaz		34 cc. 00
dont			
	Azote		15 cc. 20
	Acide carbonique		18 00
	Oxygène		0 80
	Matières organiques	3 gr. 55	

comprenant des matières grasses et de la lévithine (produit accidentel) ; une ptomaïne, en assez faible quantité ; de l'urée 0,010 à 0,013 ; une matière albuminoïde 0,6195 ; d'autres substances non déterminées.

D'après cette analyse, dont les résultats pour les sels fixes ont été comparés à ceux trouvés par Vogel et Laurent pour l'eau de mer

(de Marseille et de Cette), on peut conclure que l'eau des oursins (Toulon):

1° Est de l'eau de mer, moins oxygénée, plus chargée d'acide carbonique et d'azote, c'est-à-dire de l'*eau de mer modifiée par les produits de la respiration* ;

2° Contenant de la matière grasse, de la lévithine, par rupture fortuite des glandes de la génération ;

3° Des matières albuminoïdes propres à cette eau, car on les constate dans l'eau extraite avec les précautions voulues du corps de l'oursin, pour ne pas amener la rupture des glandes ovipares;

4° Des produits excrémentitiels, dont quelques-uns n'ont pas été définis, mais dont d'autres ont été parfaitement reconnus, l'urée et une ptomaïne.

Au *point de vue physiologique*, l'eau des oursins occupant une position interne dans le corps de l'animal, baignant tous les organes (intestins et glandes de la génération) à travers lesquels peuvent s'établir des phénomènes exosmotiques, doit être considérée comme un liquide faisant partie intégrante de l'animal, jouant le rôle de liquide d'excrétion.

Les produits excrémentitiels y seront d'autant plus abondants que l'activité nutritive sera plus développée, c'est-à-dire que l'animal se trouvera en pleine période de frai.

On peut déduire de là que la ptomaïne, résultat du dédoublement des matières albuminoïdes, doit être plus abondante à l'époque la plus active du frai.

Cette ptomaïne a paru agir sur une grenouille, mais nous ne sommes pas parvenu à la tuer, à cause de la difficulté d'avoir en nos mains une dose suffisante pour produire une intoxication complète. Cette ptomaïne pourrait être la cause de certains accidents observés dans les pays chauds à l'époque du frai, après l'ingestion des produits alimentaires des oursins et de quelques mollusques (moules, huîtres, etc.)

Cette hypothèse se justifierait par la présence, dans l'eau renfermée entre les valves de ces mollusques, de la même ptomaïne.

Dans nos climats, ces faits ne sont pas à redouter pour les oursins, car il n'y a pas d'exemple connu d'intoxication.

II. *Eau des kystes hydatiques et des cysticerques.* — Dans les *hydatides* vivantes, la nutrition se fait aux dépens du sérum sanguin, suivant les lois de l'endosmose. Conséquemment l'albumine du sérum sanguin passe dans le liquide intérieur de l'hydatide pendant toute la période de son activité vitale.

Les liquides hydatiques très clairs contiennent de faibles quantités d'albumine, que les procédés ordinaires par l'acide azotique et par la chaleur sont incapables de faire reconnaître.

Tous les liquides hydatiques renferment, dans leurs déchets nutritifs, des proportions variables d'une *ptomaïne*, qui doit être la cause des accidents toxiques (urticaire, péritonite souvent mortelle), observés dans quelques cas d'irruption de ces liquides dans une des grandes séreuses du corps humain, bien que nos expériences sur la grenouille ne nous aient donné aucun résultat, probablement par insuffisance de la dose de ptomaïne à notre disposition.

Les déchets nutritifs, au nombre desquels figure la ptomaïne, résultat du dédoublement des matières albuminoïdes, sont en rapport avec cette activité nutritive.

Leur abondance probable à l'époque de l'évolution des échinocoques et leur rareté dans ces périodes de repos de l'hydatide expliqueraient peut-être pourquoi l'irruption du liquide hydatique, dans une des grandes séreuses, a tantôt été suivie d'accidents plus ou moins graves, a tantôt été inoffensive.

Tous ces liquides étant éminemment putrescibles, il y a lieu de tenir compte, dans la recherche des causes de ces accidents, d'une infection septicémique possible.

Le liquide de la *grande vésicule du cysticerque tenuicollis*, présentant des proportions relativement considérables d'albumine et de ptomaïne, possède des propriétés vénéneuses très accusées.

Les symptômes observés à la suite d'une injection hypodermique de ce liquide sont absolument ceux constatés à la suite de la piqûre de certains animaux venimeux.

Ce liquide, injecté dans la cavité péritonéale des lapins, détermine leur mort avec des signes de décomposition du sang.

III. *Liquide amniotique.* — Une analogie très éloignée des fonctions physiologiques et de composition chimique du liquide amniotique avec deux des liquides précédents nous a engagé à faire sur lui des recherches dans le même sens.

La présence d'une *ptomaïne*, en assez faible proportion, a été constatée dans le liquide amniotique humain, recueilli au moment de l'accouchement par une ponction des membranes.

Si la toxicité de cette ptomaïne arrive à être prouvée, on pourra peut-être expliquer, dans quelques cas, certains accidents de la gestation, par sa présence en quantité anormale.

BIBLIOGRAPHIE

LES MALADIES DE L'OREILLE CHEZ L'ENFANT, par le D[r] *A. Von Troëltsch*, traduit par le *D[r] Delstanche*, in-12, 262 pages. Paris, Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

L'auteur, après son *Traité des maladies de l'oreille*, nous donne

un volume sur les maladies de l'oreille chez l'enfant. La pauvreté de la littérature médicale en ce qui concerne l'oreille chez l'enfant justifie cette publication, d'autant plus que les affections de l'oreille chez ce dernier diffèrent à plus d'un titre de celles de l'adulte.

Le traducteur pense que le livre pourra être utile aux mères de famille, aux instituteurs, en général à tous ceux qui s'occupent de l'enfance. C'est loin d'être notre opinion. Nous pensons qu'il sera surtout utile aux médecins et à ceux qui s'occupent spécialement des maladies de l'oreille.

Ce livre est divisé en cinq parties :

La première partie est consacrée à l'oreille externe : l'auteur y passe successivement en revue les *variétés* et anomalies congénitales, les maladies du pavillon et du conduit auditif, les affections du tympan.

La deuxième partie comprend les affections de l'oreille moyenne, caisse, trompe d'Eustache et apophyse mastoïde, otite moyenne aiguë, catarrhe chronique simple et otite moyenne purulente chronique.

La troisième est réservée aux corps étrangers de l'oreille.

La quatrième aux maladies de l'oreille et du labyrinthe.

La cinquième à la surdi-mutité.

L'ouvrage, écrit avec une grande simplicité, sans être un livre de science pure, contient néanmoins de nombreuses pages consacrées à l'anatomie pathologique et aux anomalies ; mais l'auteur s'est surtout attaché à deux points : bien décrire les symptômes ; bien indiquer le traitement. Il n'a pas craint de donner de nombreux détails de pratique sur la façon de se comporter vis-à-vis des enfants, afin de pouvoir leur faire accepter un traitement si utile dans beaucoup de cas. Du reste, tous les conseils sont empreints de la plus grande sagesse, et procèdent d'une grande expérience du sujet; nous disions que les médecins qui font une étude spéciale de l'oreille y trouveraient leur profit; mais tous les praticiens tiendront à le lire, car il n'est personne qui ne soit appelé à se prononcer sur une maladie de l'oreille chez l'enfant et au besoin à instituer un traitement à bref délai. Or, il est urgent d'être bien conseillé en pareille circonstance.

P. Bazy.

NÉCROLOGIE

Le Dr Paul Bloch, de Montpellier, est mort le 17 octobre, de la diphthérie, à l'âge de 37 ans.

— M. Aledon Massina vient de mourir à Olms (Pyrénées-Orientales) où il a exercé la médecine pendant quarante ans.

— Le Dr Ferry, médecin-major de 2e classe au 6e de ligne, vient de succomber à Saintes des suites de la maladie qu'il avait contractée en Tunisie.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris (tableau des actes du 13 au 18 novembre 1882). — *Lundi* 13. — doctorat, 1er (nouveau régime) : MM. Baillon, Henninger et Bourgoin. — 1er (nouveau régime) : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e MM. Bouchardat, Fournier et Landouzy. — 5e (Charité): MM. Charcot, Verneuil et Pinard. — 5e (Charité): MM. Trélat, Parrot et Budin.

Mardi 14. — Doctorat, 1er (nouveau régime): MM. Robin, Henninger et Bocquillon. — 1er (nouveau régime) : MM. Laboulbène, Panas et Gay. — 1re (nouveau régime) : MM. Baillon, Gariel et Hanriot. — 5e (Charité): MM. Pajot, Bouchard et Peyrot.

Mercredi 15. — Doctorat, 2e (Fin d'année): MM. Béclard, Cadiat et Ch. Richet. — 1er (nouveau régime) : MM. Baillon, Henninger et Hanriot — 1er (nouveau régime): MM. Fournier, Gariel et Bourgoin. — 1er (nouveau régime): MM. Bouchardat, Regnauld et Gay. — 5e (Charité): MM. Depaul, Guyon et A. Ollivier. — 5e (Charité): MM. Trélat, Potain et Budin.

Jeudi 16. — Doctorat, 3e (fin d'année) : MM. Gosselin, Hallopeau et Joffroy. — 3e (fin d'année) : MM. Hardy, Berger et Troisier. — 1er (nouveau régime): MM. Robin, Ball et Hanriot. — 1er (nouveau régime) : MM. Panas, Henninger et Bocquillon.

Vendredi 17. — Doctorat, 1er (fin d'année): MM. Parrot, Bourgoin et Gay. — 1er (nouveau régime): MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Henninger et Hanriot. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Bouchardat et Hayem. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Potain et Pinard.

Samedi 18. — Doctorat, 1er (nouveau régime): MM. Laboulbène, Henninger et Bourgoin. — 1er (nouveau régime): MM. Ball Gariel et Gay. — — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Sappey, et Jaccoud.

Samedi, 11. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses): Composition écrite.

Hôpitaux de paris. — *Concours de l'externat.* Les questions orales posées jusqu'ici ont été : 12 octobre. — *Os maxillaire inférieur.* Le 14. — *Articulation scapulo-humérale.* Le 17. — *Symptômes et diagnostic de la pneumonie aiguë franche.* Le 24. — *Os frontal.* Le 26. — *Aorte abdominale.* Le 28. — *Muscle sterno-cléido-mastoïdien.* Le 31. — *Artère fémorale.* 2 novembre. — *Conformation extérieure et rapports du cœur.* Le 4. — *Articulation du coude.* Le 7. — *Muscles de la paroi abdominale antérieure.*

Bulletin de la mortalité *du* 2 *au* 8 novembre 1882. — Fièvre typhoïde, 112. — Variole, 9. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 45. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 41. — Phthisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 81.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 45.

Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 41; inconnu, 8. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 94; l'appareil circulatoire, 73; l'appareil respiratoire, 70; l'appareil digestif, 53; l'appareil génito-urinaire, 31; la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 9. — Nombres absolus de la semaine, 1119. Résultats de la semaine précédente : 995.

Si la Fièvre typhoïde est en décroissance, 112 décès au lieu de 125, les autres maladies épidémiques, surtout celles qui menacent l'enfant, Rougeole, Diphthérie, tendent, comme on pouvait le prévoir, l'influence de l'épidémie typhoïde diminuant, à reprendre leur chiffre ordinaire.

Comme répartition locale, nous noterons : pour la Rougeole, le quartier Montparnasse, où est situé l'hospice des Enfants-Assistés (8 décès); pour la Diphthérie, les quartiers de Plaisance et de la Folie-Méricourt (chacun 4 décès); pour la Fièvre typhoïde, les quartiers de Clignancourt (6 décès), de la Salpêtrière (5 décès), des Archives, de la Monnaie, de la Porte-Saint-Martin, du Combat (chacun 4 décès).

Au sujet de la localisatien des épidémies, il est intéressant de remarquer les différences qui existent entre Londres et Paris sous le rapport des maladies infectieuses. Le relevé que nous donnons ci-dessous, et qui a été établi d'après les résultats enregistrés chaque semaine par le *Weekly Return* et le *Bulletin hebdomadaire* (Nos 40 et 43), indique quels ont été, du 1er au 28 octobre, pour chacune de ces villes, les chiffres des décès causés par les principales affections épidémiques.

A l'égard des différences qui ressortent de l'examen des chiffres de ce tableau, il convient, bien entendu, pour en apprécier exactement la valeur, de tenir compte de l'écart existant entre la populatien respective de chacune de ces grandes aggloméLratious.

	LONDRES Population, 3,893,272 (estimée au 1er juil. 1882)	PARIS Population, 2,239,928 (Recensement de déc. 1881)
Variole	13	25
Fièvre typhoïde	130	801
Scarlatine	304	3
Rougeole	139	22
Diphthérie	164	103
Coqueluche	95	22
Infection puerpérale	21	15

Ainsi, dans le même mois, tandis que la Fièvre typhoïde occasionnait à Paris 801 décès, elle en causait 130 à Londres, et, d'un autre côté, Paris enregistrait 3 décès par Scarlatine, contre 304 survenus à Londres pendant le même temps. On voit par là combien diffèrent les influences morbides qui règnent dans ces deux villes. Dr BERTILLON.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

77706

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 57 JEUDI 16 NOVEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
L. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

Phthisie — Anémies — Cachexies — Scrofules — Rachitis

Inappétence — Dyspepsie — Etat nerveux

Assimilation insuffisante — Maladies des os.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps méd... est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, ... l'acide du suc gastrique, doit être à tous égards préféré pour la dissol... du Phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

***Préparation rationnelle et éminemment physiologique**, puisque le phos... de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend nat... ment lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments. — Mais avec cette ... rence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.*

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libr... existe dans la préparation et dont les effets concourent, précisémen... d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

*En outre, **action spéciale éminemment favorable du chlorure** de cal... qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.*

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la méla... de l'eau sucrée ou du vin les malades peuvent en prendre pendant très ... temps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ... n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les **résultats cliniques fort nombreux consignés dans** tous les j... naux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au p... haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande ... pidité !

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a ... **dépression de l'économie**, — les anémies, les cachexies d'origines diver... **l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule**, le ... chitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les **maladies des os** (fract... **caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule**, la phthi... l'état neveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc ... qué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme encei... **les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.**

Prix : 2 fr. 50 le flacon. Dans toutes les pharmacies.

NOTA. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant ... produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément, l'acide chlorhydrique ne ... solvant en quantités suffisantes que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite ... appareils spéciaux.

29e Année. — Tome II. — N° 57 Jeudi 16 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 15 *novembre* 1882.

L'Académie de médecine continue la discussion sur l'épidémie de fièvre typhoïde; peut-être les discours prononcés auront-ils entre autres avantages celui de secouer la torpeur administrative et de hâter l'adoption des mesures qui pourraient atténuer la fréquence et la gravité des épidémies comme celle que nous traversons.

M. N. Gueneau de Mussy, le principal représentant en France de la théorie anglaise, théorie dont William Budd est l'interprète le plus autorisé, attribue aux matières fécales, aux cabinets d'aisances, aux égouts le principal rôle dans la propagation de l'épidémie de fièvre typhoïde. Il insiste donc sur les reproches qui ont été adressés à nos égouts dans les dernières séances, et il vante la propreté anglaise, propreté également en vigueur à tous les étages des maisons et dans tous les quartiers. Il existe en effet, dit-il, entre tous les étages d'une maison une solidarité devant la maladie dont nous ne nous rendons pas assez compte; si les étages réservés aux pauvres ou aux domestiques ne sont pas conformes aux règles de l'hygiène, les maladies qui s'y développent menacent tous les habitants de la maison. Il existe de même une solidarité entre tous les quartiers de la même ville. On le voit bien d'ailleurs dans l'épidémie actuelle, où tous les quartiers de Paris ont été atteints. La conclusion, c'est qu'il faut créer à Paris, comme à Bruxelles, comme dans d'autres villes, un bureau d'hygiène ou mieux une direction générale de la santé publique, comme on le demande depuis longtemps.

La partie principale de la séance a été occupée par un très beau discours de M. Rochard. A ceux de nos lecteurs qui ne connaissent pas le talent de parole de M. Rochard, nous conseillons vivement de chercher à l'entendre; l'occasion n'en est pas excessivement rare, soit à l'Académie, soit à la Société de médecine publique dont M. Rochard est l'un des membres les plus assidus et les plus zélés. Sa facilité de langage absolument remarquable défie toute critique et toute comparaison. On ne pourrait faire à l'orateur qu'un reproche, c'est de parler trop bien et de ne laisser voir aucun de ces efforts que l'on aime à suivre chez un orateur qui rencontre une difficulté, la tourne ou la surmonte victorieusement. On pourrait croire, non certes par le ton du langage, mais par son abondance, que M. Rochard récite admirablement un discours depuis longtemps mûri; et cependant, lorsque l'orateur doit intervenir à brûle-pourpoint dans une discussion qu'il n'a pas soulevée, lorsqu'il doit répondre à une interruption quelconque, il le fait avec le même bonheur et la même facilité.

Le discours de M. Rochard n'est pas simplement une suite de très belles phrases. Poursuivant son idée avec une clarté et un ordre parfaits, l'honorable orateur a passé en revue toutes les causes qui avaient pu influer sur le développement de la fièvre typhoïde, mais surtout il a magnifiquement traité ces grandes questions d'hygiène urbaine dont la Société de médecine publique s'est beaucoup occupée depuis sa fondation.

M. Rochard a terminé son discours à 5 heures, à l'heure habituelle de la levée des séances ; chose assez rare, aucun membre n'a quitté la salle avant la fin de la séance de l'Académie.

A. Ch.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE (1).

Leçons sur la thérapeutique de la métrite. (*Suite.*)

Par M. L. Martineau,
Médecin de l'hopital de Lourcine.
Recueillies par M. Hamonic,
Interne du service.

Le *non allaitement* agit de même comme cause déterminant l'explosion de la maladie constitutionnelle, en produisant sur l'utérus une congestion compensatrice, une sorte de métastase. Vous retrouvez là ces altérations de circulation, de nutrition que nous rencontrons avant tout comme cause déterminante locale de la métrite constitutionnelle deutéropathique, et que nous allons retrouver encore dans les diverses circonstances étiologiques invoquées par les auteurs. C'est ainsi qu'au nombre des causes de la métrite, ils attribuent un certain rôle au célibat, aux désirs sexuels non satisfaits, à la lecture de certains livres érotiques, etc. Vous serez dans le vrai, si, à l'encontre de ces gynécologues, vous tenez compte surtout de la masturbation, du saphisme, qui sont alors si fréquemment pratiqués. Ces manœuvres solitaires ou pratiquées en commun congestionnent l'utérus et provoquent ainsi l'appel sur l'utérus de la maladie générale en même temps qu'elles agissent sur la nutrition, sur le système nerveux. La métrite de l'enfant, de la jeune fille, de la femme vierge, ne reconnait pas souvent d'autre cause. C'est à la même action congestive de l'utérus qu'il faut attribuer la nocivité des exercices violents tels que l'équitation, la danse, l'usage des souliers, des bottines à talons élevés qui produisent une projection du corps en avant, le travail à l'aide des machines à coudre, les efforts faits pour soulever des fardeaux, etc., etc. Les excès de coït (à part la balistique) n'a-

(1) V. *France médicale*, nos 53 et 55.

gissent pas d'une autre manière. Ils produisent une congestion utérine plus ou moins intense, qui, si elle persiste, finit par faire éclore une métrite constitutionnelle. C'est ainsi qu'il faut expliquer la métrite, si fréquente au début du mariage. Seulement, dans ce cas, aux congestions répétées produites par le coït, il faut ajouter le traumatisme, résultat bien souvent de la disproportion des organes sexuels ou d'une ardeur exagérée. C'est encore à cette cause traumatique que vous devrez avoir recours pour expliquer, après le mariage, l'explosion subite de la métrite constitutionnelle existant pour ainsi dire à l'état latent chez la jeune fille avant son mariage.

Pratiqué pendant les règles, le coït, sauf le cas de traumatisme, n'agit pas d'une autre manière. Il active la congestion utérine, réveille l'état constitutionnel et la métrite survient. Il en est de même lorsqu'il est pratiqué trop tôt après l'accouchement. Les causes traumatiques les plus variées, corps étrangers du vagin, chutes, violences, blessures de l'hypogastre, opérations chirurgicales diverses, développent aussi la métrite constitutionnelle. C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut incriminer les injections vaginales, telles que les femmes les pratiquent journellement sur le bidet avec un injecteur; qu'il faut incriminer les douches locales, ascendantes, vaginales ou rectales. Dans ces conditions, en effet, le jet dirigé sur le col utérin ou sur les parois vaginales, sur les culs-de-sacs vaginaux, sur le cul-de-sac péritonéal contusionne l'organe, le congestionne et appelle sur lui la maladie constitutionnelle. Aussi les médecins doivent proscrire les injections, surtout les douches ascendantes, et les remplacer par les irrigations faibles données avec l'irrigateur, les femmes étant dans le décubitus. Mais si ces causes sont pernicieuses en tant qu'elles produisent dans certains cas la métrite constitutionnelle et même non constitutionnelle, elles le sont encore plus alors que la métrite existe, ainsi que je le montrerai.

Ainsi donc, Messieurs, toute cause de congestion utérine, de congestion pelvienne est suffisante pour produire la métrite constitutionnelle par son appel de la maladie générale diathésique. Que cette congestion résulte d'un trouble de l'un des actes physiologiques du système utéro-ovarien, d'un traumatisme quelconque, même le plus léger, tel qu'un simple refroidissement, ou d'une inflammation de voisinage, telle que la vaginite blennorrhagique, l'effet est le même, la métrite constitutionnelle se développe.

Mais, Messieurs, si j'admets que le plus ordinairement la métrite se produit sous l'influence d'une maladie générale constitutionnelle ou diathésique, spontanément ou consécutivement, et cela parce que les faits, recueillis soit dans ma clientèle, soit dans le service de la clinique gynécologique de l'hôpital de Lourcine, le prouvent d'une manière indiscutable, il n'est pas moins vrai aussi que je con-

sidère la métrite comme se développant par le fait d'un traumatisme, en dehors de tout état constitutionnel. Dans ce cas, la métrite est vraiment traumatique, et, je le dis tout de suite, sa guérison est plus facile à obtenir que celle de la métrite constitutionnelle. Les causes de cette métrite sont celles que je viens de passer en revue à propos de la métrite constitutionnelle deutéropathique. Quelques-unes cependant sont plus communes et se rencontrent plus fréquemment. C'est ainsi que les accouchements répétés, les excès de coït, les contusions de l'utérus pendant le coït (métrite par balistique), les opérations pratiquées sur le corps ou sur le col utérin, les douches ascendantes vaginales ou rectales, les injections trop fortes, les cautérisations du col, l'emploi des redresseurs utérins, les chutes sur l'abdomen, le périnée, l'hypogastre, etc., etc., doivent être surtout incriminés.

Je ne vous parle pas de l'influence des affections périutérines sur le développement de la métrite. J'ai démontré, en effet, avec pièce à l'appui, que ces affections sont toujours consécutives à la métrite, et qu'elles sont produites par l'adénolymphite. J'en dirai de même des déviations utérines qui, hors le cas de traumatisme, sont le fait de la métrite.

L'étiologie de la métrite étant connue, quelles sont les lésions anatomiques qui caractérisent cette affection? Mais, avant, un mot sur la structure normale de l'utérus.

Trois couches forment cet organe : une tunique externe ou séreuse, une tunique moyenne ou musculaire, une tunique interne ou muqueuse.

La séreuse, dépendance du péritoine, forme une tunique incomplète, et souvent participe, par le fait de l'adéno-lymphite postérieure, aux lésions de l'organe utérin.

La tunique musculaire sous-jacente se compose de trois couches : l'une, superficielle, offre un faisceau médian longitudinal et des faisceaux transversaux. L'autre, moyenne, est composée de fibres plexiformes ne se prolongeant pas sur le col. La dernière, profonde, analogue à la couche externe, offre des fibres longitudinales qui constituent sur le col les *arbres de vie*. Au niveau de l'isthme, elle présente des fibres sphinctériennes, pouvant déterminer une difficulté du cathétérisme utérin. Ce point (isthme) est le siège de prédilection des rétrécissements de la cavité utérine.

La muqueuse utérine tapisse la cavité de l'organe; elle se continue avec la muqueuse des trompes et du vagin. Son épaisseur est de 7 millimètres ou de 2 millimètres suivant les auteurs. Très adhérente à la couche musculeuse, elle est parsemée d'orifices glandulaires. Ceux-ci appartiennent à des glandes en tube formées d'une couche amorphe et tapissées par un prolongement de l'épithélium de la muqueuse. Ces glandes sécrètent un liquide incolore, peu visqueux.

La muqueuse elle-même est formée par un épithélium cylindrique vibratile, reposant sur un derme essentiellement formé d'un tissu conjonctif embryonnaire, riche en noyaux et en cellules fusiformes et étoilées. La muqueuse du col est plus adhérente, plus pâle et moins épaisse que celle du corps. Elle offre inférieurement de petites papilles, et elle est parsemée d'orifices appartenant à des glandes en grappe. Celles-ci sécrètent un liquide visqueux qui constitue en s'accumulant le bouchon gélatineux du col de l'utérus. Ces glandes sont le siège des dilatations kystiques désignées sous le nom d'œufs de Naboth. La muqueuse est formée histologiquement d'une couche épithéliale cylindrique dans ses 2/3 supérieurs, pavimenteuse dans son 1/3 inférieur, et d'un chorion constitué par un tissu conjonctif fibrillaire, avec quelques éléments cellulaires embryonnaires.

Les vaisseaux artériels émanent de l'aorte par les ovariques ou utéro-ovariennes, de l'hypogastrique par les utérines, et de l'épigastrique par un petit rameau contenu dans l'épaisseur du ligament rond. Grâce à cette multiplicité de sources artérielles, la circulation collatérale s'établit très facilement. Ces artères abordent l'utérus par ses parties latérales; elles forment un réseau de capillaires intra-musculaires décrits par Rouget, et un réseau muqueux très riche. De celui-ci émanent un réseau périglandulaire et un réseau superficiel, à mailles serrées.

Les veines, dépourvues de valvules, suivent le trajet des artères, pour constituer sur les bords latéraux de l'utérus deux plexus allant aboutir, en dernière analyse, par de gros troncs, dans les veines hypogastriques et dans les veines cave inférieure (à droite) et rénale (à gauche).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *novembre* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Javal, Bouchardat fils et Ch. Brame, pour la section de physique et de chimie ; 2° une lettre de M. le Dr Liouville, informant l'Académie qu'il a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi relatif à la création d'une direction de la santé publique.

M. Bouley offre, de la part de M. le Dr Bertherand, un travail sur la variolisation en Algérie.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. N. Gueneau de Mussy recherche l'étiologie de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde. Adoptant pleinement la théorie anglaise, d'après laquelle la propagation de la maladie se fait par les déjections, par les cabinets d'aisances et les égouts, il s'associe aux critiques dirigées contre ces derniers

et, comme M. Le Fort, blâme les soupiraux qui laissent arriver dans l'atmosphère des émanations provenant de ces égouts.

M. Gueneau de Mussy a été frappé de la grande propreté qu'il trouvait en Angleterre à tous les étages des maisons. Il y a, d'ailleurs, entre les habitants des divers étages, une certaine solidarité devant les maladies. Cette solidarité entre le riche et le pauvre peut s'étendre beaucoup plus loin. Les épidémies naissent souvent dans ces taudis de la misère dont M. Marjolin nous a fait une peinture si émouvante, pour de là se répandre au loin.

La qualité de l'eau dans les maisons laisse souvent à désirer autant que la quantité. Souvent l'eau de la Dhuys et de la Vanne est mêlée avec l'eau impure de l'Ourcq ou de la Seine prise en aval de Paris.

Le système défectueux de nos égouts n'est pas seul responsable des épidémies qui sévissent actuellement, mais il en est l'un des facteurs principaux. La basse température de l'hiver dernier n'a sans doute pas été sans influence sur le développement de la fièvre typhoïde.

Pour obtenir une prophylaxie sérieuse de la fièvre typhoïde, il faudrait une déclaration obligatoire de toutes les maladies infectieuses. Pour que cette déclaration pût réussir auprès du corps médical, il faudrait la rendre utile et non pas la borner à une simple statistique des morts et des blessés du champ de bataille.

Il n'est pas nécessaire pour cela d'avoir un ministère de la santé publique, mais un simple bureau d'hygiène, comme à Bruxelles, où cette institution rend de si grands services.

M. Rochard. S'il est une vérité traditionnelle, c'est que la fièvre typhoïde est fille de l'encombrement et de la malpropreté. Dans la marine comme dans l'armée, le traitement de l'épidémie consiste à faire évacuer les locaux infestés et à disséminer les troupes dans des milieux plus vastes et plus aérés. Toutes les fois que pendant une traversée on accumule un trop grand nombre de soldats ou de condamnés, on voit se développer quelques cas de fièvre typhoïde. Mais, me dira-t-on, vous admettez la génération spontanée de cette maladie infectieuse, puisque ce navire est parti sans aucun cas de fièvre typhoïde ? Même en admettant la génération spontanée, ce que ne fait pas M. Rochard, il faut un milieu convenable pour que le microbe puisse se développer.

La fièvre typhoïde n'est pas une fatalité, comme le disait M. Arnould au congrès de Genève. Elle suit l'encombrement et l'augmentation de la malpropreté d'une ville. M. Rochard cite à ce propos le tableau présenté par M. Brouardel, dans la dernière séance de la Société de médecine publique, et qui montre que depuis 1869 le nombre des cas de mort par les maladies contagieuses avait presque doublé à Paris.

L'épidémie actuelle, dit-on, est très bénigne ; cependant ses al-

lures sont bien trompeuses, car nous avons perdu 2 300 malades de fièvre typhoïde depuis le commencement de l'année; il y a eu 900 morts pendant le mois d'octobre. Cette bénignité est réelle relativement au nombre des malades, il y a une victime sur 15 cas dans la population des hôpitaux; mais il faut néanmoins en tenir compte.

La décroissance de l'épidémie ne tient ni aux efforts de l'administration, ni à ceux des hygiénistes, mais à la pluie et au vent qui sévissent depuis quelque temps et qui noient et chassent les miasmes. L'épidémie va sans doute cesser pour reprendre vers la fin de l'été prochain, si nous n'y prenons garde.

Quelles sont les causes de l'épidémie actuelle? Un travail de M. le Dr Dumesnil a montré que la population des garnis a triplé, sans que le nombre des logeurs ait augmenté de plus d'un quart; cela veut dire qu'on a divisé les grandes chambres en des chambres plus petites et qu'on a accumulé plus d'individus dans la même chambre. Les arrondissements où cet encombrement a le plus augmenté sont justement ceux où l'épidémie a fait le plus de ravages. Le nombre des ouvriers du bâtiment, attirés à Paris par les grands travaux qui s'exécutent depuis quelques années, augmente dans une proportion considérable; ce sont surtout des ouvriers italiens, misérables, malpropres et dont les journaux nous racontent tous les jours les prouesses.

Il nous reste encore à construire 387 112 mètres d'égout pour compléter notre réseau souterrain. Tous les égouts ne sont pas à Paris comme le grand égout collecteur qui va de la Madeleine au Châtelet, où l'on se promène dans d'élégants wagonnets et où les dames peuvent venir en robe de satin.

Nous avons aujourd'hui 309 020 mètres cubes d'eau fournis chaque jour par différentes rivières en dehors de l'eau de source et de l'eau des puits artésiens. Ce débit devrait être considérablement augmenté pour être en rapport avec les besoins d'une ville comme Paris.

Le débit de l'eau de la Dhuys et de l'eau de la Vanne est extrêmement variable et, dans beaucoup de cas, l'été, lorsque l'eau manque, on lance dans les canaux de l'eau de l'Ourcq ou de l'eau de Seine.

On se figure que l'eau de Seine prise en amont de Paris doit être bonne. Or, si vous considérez l'usine d'élévation de Maisons-Alfort, située au confluent de la Marne et de la Seine, vous trouverez à 150 mètres au-dessus l'usine de M. Lesage. Récemment encore l'eau de Marne semblait très pure; sur les bords de la Marne, on ne voyait que de riants petits villages qui n'avaient pas de voirie. Actuellement, vous trouverez là des villes dont la population considérablement accrue s'élève à 15 ou 18 000 habitants, comme Saint-Maur. C'est donc comme si la Marne, avant d'arriver dans la Seine, lavait près de Paris une ville de plus de 80 000 habitants.

Prenons une autre cause d'insalubrité : Paris est entouré d'usines insalubres, de sorte que, de quelque côté que tournera le vent, il nous apportera toujours des émanations désagréables. Il y a sur le pourtour de la ville 25 dépotoirs; plusieurs non autorisés, comme celui de Montreuil, persistent, malgré les nombreuses condamnations qu'on a infligées à leurs propriétaires.

Les instructions formulées par le conseil d'hygiène sont assurément très bonnes, mais on peut leur reprocher diverses choses. Elles abusent de l'acide phénique ; il est vrai qu'il est à la mode, mais ce n'est pas une raison : de plus, elles ont cet inconvénient de traiter la fièvre typhoïde comme la variole ou comme la peste. La fièvre typhoïde n'est pas si contagieuse que cela ; l'isolement n'est pas absolument nécessaire. Enfin, comme l'a dit M. Proust, pour sauvegarder la santé publique, il faudrait un pouvoir responsable, compétent et autonome. Il y a déjà trente mois que M. A.-J. Martin a lu à la Société de médecine publique un rapport remarquable sur cette question. Mais pour arriver à des réformes de ce genre, il faut plus de temps que la vie d'un homme n'en comporte.

Mais en attendant que nous ayons le pouvoir, voyons ce que nous ferions si nous l'avions. Pour les dépôts de voirie, c'est la ville qui est adjudicataire ; il est donc très facile d'exiger que les dépôts soient placés à une certaine distance et dans des lieux déterminés.

Au sujet des égouts, le ministre a nommé il y a une huitaine de jours une commission dans laquelle il est évident que c'est le système du tout à l'égout qui l'emportera ; mais nous ne pouvons pas préjuger les décisions de la commission.

Plusieurs projets de loi sur les logements insalubres ont été présentés à la Chambre. Il faudrait pour cela multiplier le nombre des logements ouvriers et des cités ouvrières. Ces logements ne coûtent pas cher de construction et d'entretien ; d'autre part le loyer est très cher. Pour encourager la formation de cités ouvrières, que faut-il faire? Les terrains ne manquent pas dans les quartiers excentriques; pour les rendre abordables, il faudrait faire des nivellements de terrain, créer des routes et faire passer à peu de distance des omnibus et des tramways ; il faudrait de même que l'eau y fût distribuée à profusion et que le gaz fût à la disposition des locataires; on pourrait de plus exonérer ces logements d'impôts pendant un certain temps.

Toutes ces mesures ou presque toutes pourraient être prises tout de suite, presque toutes sont dans les attributions du préfet de police. La tâche des sociétés savantes est d'avertir le pouvoir, de lui indiquer les remèdes : c'est au pouvoir à prendre ensuite des mesures convenables.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS

Au commencement du XVIe siècle vivait dans le Hainaut Jehan Le Maire, né à Bavay, ville devenue française depuis la paix de Nimègue (1678). Prosateur, historien, poète, il devint historiographe de la cour de France et perdit sa place à la mort de François Ier. Il s'adonna à la boisson et mourut dans la misère vers 1525.

On lui doit : « *Le triomphe de tres haulte et puissante Dame Verolle, Royne du Puy d'Amours* » (1539), et entre autres ouvrages un petit opuscule ayant pour titre : « *Les trois Comptes, intitulez de Cupido e de Atropos*: dont le premier fut inventé par Seraphin, poète italien. Le second et tiers de l'invention de maistre Jehan Le Maire et a esté ceste œuvre fondée affin de tirer les gens de folles amours ». Cet opuscule imprimé en 1525 est une rareté ; ce qui nous autorise à en extraire un passage, pour lequel nous demanderons l'indulgence de nos lecteurs.

Le Maire est un des écrivains qui ont commencé la réforme de la versification française.

Mais en la fin, quand le venin fut meur,
Il leur naissoit de *gros boutons sans fleur*,
Si tres hideulx, si laits et si enormes,
Qu'on ne vit onc visages si difformes,
Ne onc ne receut si tres mortelle injure
Nature humaine en sa belle figure ,
Au front, *au col*, *au menton* et *au nez*
Onc on ne vit *tant de gens boutonnez*.
Et qui pis est, ce venin tant nuisible
Par sa malice occulte et invisible
Alloit chercher les veines et artères,
Et leur causoit si etranges mystères
Dangier, *douleur de passion et goutte*,
Qu'on n'y sauroit remede, somme toute
Fors de crier, souppirer, lamenter,
Plorer et plaindre, et mort se souhaiter,
Ne sceut onc lui bailler propre nom
Nul médecin, tant eut-il de renom.
L'un la voulut *Sahafati* nommer
En Arabic, l'autre a pu estimer
Que l'on doit dire en latin *Mentagra*,
Mais le commun quand il la rencontra,
La nommoit *Gorre* ou la *verolle grosse*,
Qui n'espargnoit ne couronne, ne crosse;

Donques l'ont dit les Flamens et Picquarts,
Le mal François la nomment les Lombars.
Si a encore d'autres noms plus de quatre,
Les Allemans l'appellent *groitte blatre*,
Les Espagnols *les Bouëls* l'ont nommée,
Et dit-on plus que la puissante Armée
Des fors François a grand peine et souffrance
En Naples l'ont conquise et mise en France,
Dont aucuns d'eulx *le souvenir* la nomment,
Et plusieurs faits sur ce comptent et somment.
Les Savoysiens *la Clavela* la disent :
De là comment plusieurs gens en devisent,
De là comment Amour, le jeune yvrongne
A fait aux gens grant dommage et vergogne
Et ne scet-on pour ses cloux desclouër
Bien bonnement à quel saint se vouër.
Neantmoins aucuns par grace souveraine,
Ont imploré Madame Saincte Reine
Les autres ont eu recours à Sainct Job,
Peu de guéris, en sont de morts beaucop,
Car regne a ce trez cruel tourment
Par tout le monde universellement.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Perception des droits universitaires.* Extrait du décret du 25 juillet 1882, concernant la perception des droits universitaires, à Paris.

Le Président de la République,

Vu l'article 17 de l'ordonnance du 14 septembre 1822, aux termes duquel « aucune manutention de deniers publics ne peut être exercée, au« cune caisse publique ne peut être gérée que par un agent placé sous les « ordres du Ministre des finances, nommé par lui, responsable envers lui « de sa gestion et justiciable de la Cour des comptes » ;

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts et du Ministre des finances,

Décrète :

Article premier. — Les fonctions de Secrétaire agent comptable des Facultés et Etablissements d'enseignement supérieur, à Paris, actuellement réunies entre les mêmes mains, sont séparées.

Art. 2. — Dans chaque Faculté ou Etablissement d'enseignement supérieur, un Secrétaire est chargé de la partie administrative, notamment de l'assiette des droits à percevoir et de toutes autres attributions qui lui seront conférées par le Ministre de l'Instruction publique dont il relève exclusivement.

Art. 3. — Le service financier des Facultés et Etablissements d'enseignement supérieur est confié à un Agent comptable, placé sous les ordres du Ministre des financee et nommé par lui.

Cet agent comptable, qui prendra le nom de Receveur des droits universitaires, a dans ses attributions le service des écritures, le recouvrement et le remboursement des consignations versées par les étudiants et la constatation des droits acquis au Trésor.

Extrait de l'arrêté ministériel du 25 juillet 1882, concernant la perception des droits Universitaires, à Paris.

Vu le décret du 25 juillet 1882, aux termes duquel le service financier des facultés et établissements d'enseignement supérieur est confié, à Paris, à un receveur spécial placé sous les ordres du Ministre des finances;

Sur la proposition du Directeur général de la comptabilité publique et l'avis conforme du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Arrête ce qui suit :

Article premier. — A partir du 1er octobre 1882, les droits et produits universitaires seront reçus, à Paris, à la caisse du receveur spécial institué par le décret du 25 juillet 1882, sur la production d'un bulletin de versement délivré par le Secrétaire de la Faculté ou de l'établissement d'enseignement supérieur, et indiquant les nom et prénoms du débiteur, la somme à percevoir et l'acte scolaire auquel elle se rapporte.

Les bulletins de versement seront détachés d'un registre à souche et porteront un numéro d'ordre, dont la série, pour chaque année scolaire, devra être suivie sans interruption.

Art. 2. — Le receveur des droits universitaires délivrera à la partie versante une quittance détachée d'un journal à souche et rappelant, outre le numéro d'ordre du bulletin de versement, toutes les autres indications y contenues.

Cette quittance servira aux étudiants à justifier, auprès du secrétaire, du versement des droits auxquels ils sont assujettis.

Art. 4. — Les familles des étudiants qui suivent les cours des Établissements d'enseignement supérieur de Paris ont la faculté d'effectuer, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans les départements, le versement de tous les produits à recouvrer par le receveur des droits universitaires. Ces versements auront lieu sur la production des bulletins de versement mentionnés à l'article 1er, et il en sera délivré des récepissés à talon, que les ayants droit produiront au Secrétaire au lieu et place des quittances à souches prévues par l'article 2.

Art. 8. — Le remboursement des consignations aura lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, sur la production par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif de son versement ; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le Secrétaire de la Faculté ou de l'école et énonçant les motifs de la restitution des droits consignés.

Corps de santé militaire. — Le *Journal officiel* du 10 novembre contient un décret, en date du 7 novembre, fixant la solde et les allocations à attribuer au médecin-inspecteur général.

— Le ministre de la guerre a décidé, le 24 octobre dernier, qu'un examen d'aptitude sera ouvert le 20 décembre 1882, à l'école de médecine et de pharmacie militaires, pour les emplois de médecin et de pharmacien stagiaire.

Les conditions d'admission sont celles contenues dans le programme du 7 avril 1882.

Nature des épreuves pour l'emploi de médecin stagiaire : 1° Une composition écrite sur une question de pathologie générale; 2° une épreuve orale d'anatomie des régions, avec applications à la médecine et à la chirurgie; 3° un examen clinique de deux malades.

Pour l'emploi de pharmacien stagiaire : 1° composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale; 2° interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie; 3° préparation d'un ou de plusieurs médicaments, incrits au Codex, et détermination de douze substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches et fraiches, médicaments composés.

Les demandes d'admission devront être parvenues au m[illegible] guerre le 10 décembre prochain, terme de rigueur.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro de la *Gazette médicale de Nantes*, journal mensuel, rédigé par M. Alfred Rouxeau, ancien interne des hôpitaux de Paris, rédacteur en chef, et par MM. les docteurs Chenantais fils, Delétang, E. de Larabrie et Lérat.

Nous souhaitons cordialement la bienvenue à ce nouveau confrère et nous espérons que bientôt il ne saura manquer de trouver à Nantes d'assez nombreuses ressources pour paraître avec une plus fréquente périodicité.

— Le 1er octobre, a également paru, à Madrid, le premier numéro de la *Revista de terapeutica et farmacologia*, dirigée par le Dr Angel de Larra y Cerezo, fondateur de la Société espagnole de thérapeutique.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. le Dr Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le samedi 18 novembre, à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Ferdinand, et les continuera les samedis suivants à neuf heures et uart. Il s'occupera principalement des maladies chroniques.

Consultations le mercredi et le jeudi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie GERMEZ-BAILLIÈRE et Cie, 108, *boulevard Saint-Germain*.

Manuel d'histologie pathologique, par CORNIL et RANVIER, 2e édition, reve et augmentée, tome II, 1er fascicule, 1 vol. grand in-8° avec 125 figures dans le texte. 7 fr.

Le tome Ier, 1 vol. in-8° avec 281 figures dans le texte, se vend séparément 14 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 58 SAMEDI 18 NOVEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

UNE PLACE D'INTERNE EN MÉDECINE

est vacante à [...] de ROTHS[CHILD]

S'adresser au Directeur de l'Établissement, tous les jours de 8 heures à [...]

29e Année. — Tome II. — N° 58. Samedi 18 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Contracture passagère professionnelle des fléchisseurs des doigts de la main droite chez une fleuriste,

Par M. Ozenne,

Interne des hôpitaux.

Dans le courant de juin 1882, nous étions consulté par Mlle Berthe L..., fleuriste, pour les accidents suivants :

Cette jeune fille, âgée de 18 ans, employée depuis plusieurs années dans un magasin de fleurs, s'était aperçue, vers le commencement du mois d'avril que quelquefois, le matin, à la reprise de son travail, elle éprouvait un peu de gêne dans les mouvements des doigts de la main droite.

Pendant un mois environ cette difficulté motrice, qui n'apparaissait pas régulièrement chaque jour, mais seulement deux ou trois fois la semaine, persista sans s'aggraver et sans offrir une plus longue durée que dans le début. Après quelques minutes de travail, les mouvements redevenaient complètement libres, et, le reste de la journée, Mlle L... se servait de sa main, sans éprouver aucun obstacle.

Le mois suivant, ces troubles de la motilité augmentaient d'intensité et s'établissaient de la manière suivante :

Tantôt ils se montraient dans la soirée, tantôt durant le sommeil à l'insu de la malade. Dans le premier cas, Mlle C... ressentait tout d'abord quelques fourmillements dans les quatre derniers doigts, puis elle assistait à leur flexion, sans éprouver aucune douleur et sans pouvoir y mettre obstacle. Lorsqu'elle cherchait à les étendre, elle n'y parvenait qu'en déployant une certaine force, et, aussitôt qu'elle les abandonnait, ils revenaient reprendre leur position fléchie.

D'autres fois cette flexion se produisait la nuit sans interrompre le sommeil, et le matin la malade se trouvait dans l'impossibilité d'étendre les doigts pendant une demi-heure et quelquefois une heure : la résistance n'était vaincue que par des mouvements forcés, et le travail pouvait être repris.

Désirant constater nous-mêmes ces troubles, nous priâmes Mlle L... de venir nous trouver le jour où ils existeraient, et voici ce que nous pûmes observer :

Les quatre derniers doigts étaient fléchis dans toutes leurs articulations, et le degré de flexion inégal était d'autant plus prononcé que l'on se rapprochait davantage du bord cubital ; la phalange terminale du petit doigt touchait à la paume de la main : le pouce était dans l'extension et jouissait de ses mouvements normaux.

Les masses musculaires de l'avant-bras formaient une saillie plus prononcée que du côté opposé et offraient à la main qui les palpait une certaine tension non douloureuse, que l'on ne rencontrait pas à gauche.

Les quatre derniers doigts n'obéissaient pas à la volonté, et tout effort spontané, de la part de la malade, pour les étendre, restait infructueux.

Par la force on parvenait à faire disparaître la flexion, mais si l'on agissait énergiquement on déterminait une sensation de tiraillement douloureux dans le poignet et l'avant-bras : aussitôt que la puissance extensive cessait, la flexion réapparaissait et se produisait telle qu'auparavant.

La sensibilité n'avait subi aucune modification : aucune douleur spontanée n'avait été perçue.

Du côté gauche, pas de phénomènes analogues.

En recherchant dans les antécédents pathologiques de Mlle L.... nous ne dûmes tenir compte que de deux faits : un état d'anémie qui datait déjà de quelques mois et que des signes évidents révélaient pour le moment, et un tempérament, sinon franchement hystérique (aucune manifestation antérieure ne permettant de l'affirmer), tout au moins assez nerveux.

Sur ce terrain bien préparé à l'éclosion des contractures, il ne fallait qu'une cause occasionnelle, qu'il était aisé de rencontrer dans la profession de la malade.

Des différentes parties qui constituent l'industrie des fleuristes, Mlle L... pratiquait le ficelage des fleurs et le montage des feuilles. Pour cette dernière opération, à laquelle elle était le plus souvent occupée, elle se servait d'une pince analogue à nos pinces de dissection, qu'elle tenait dans la paume de la main droite, les extrémités libres des lames correspondant, l'une au bord cubital de la paume et l'autre à la face palmaire du petit doigt, le pouce étendu et l'index fléchi maintenant fixe l'extrémité opposée.

Par des mouvements alternatifs et continuellement répétés d'extension et de flexion des trois derniers doigts, l'écartement et le rapprochement des lames avaient lieu et permettaient de saisir les feuilles, qu'on allait fixer sur une tige, tenue à distance par la main gauche.

Ce travail avait pu être exécuté pendant plusieurs mois, sans produire aucun accident, pour cette raison sans aucun doute qu'il n'était fait qu'à intervalles assez éloignés ; mais du jour où il était devenu l'occupation quotidienne, les troubles de la motilité étaient survenus, et, à l'instar de la crampe de la couture, apparaissaient au moment du repos de la main, soit immédiatement, soit quelques heures après la cessation du travail.

Persuadé que cette contracture était due à un abus fonctionnel, nous engageâmes Mlle L... à interrompre pendant quelque temps : au bout de quinze jours il ne s'était produit qu'une légère amélioration ; la flexion matinale persistait encore, disparaissait, il est vrai, après quelques minutes de mouvement. Peut-être un repos plus prolongé fût-il parvenu à obtenir la guérison, sans intervention d'aucune médication.

Mais comme la malade ne pouvait rester plus longtemps sans reprendre ses travaux, comme d'autre part son état général ne devait pas être négligé, nous lui prescrivîmes une préparation ferrugineuse et une solution bromurée (4 gr. par jour) qui amenèrent assez rapidement la guérison. Un mois plus tard, elle ne s'était pas encore démentie.

En rapportant ce fait, qui peut s'ajouter aux nombreux cas de lésions professionnelles déjà publiées, nous avons tenu à insister sur les circonstances assez rares dans lesquelles il s'est produit. Quant au titre de contracture passagère professionnelle, que nous avons adopté, nous l'avons préféré à celui de crampe ou de spasme ; le premier terme impliquant généralement l'idée de douleur (ce qui n'existait pas chez notre malade), et le mot spasme comprenant plutôt les manifestations convulsives des muscles de la vie végétative.

THÉRAPEUTIQUE

Le vin à l'extrait de foie de morue.

Nous avons déjà entretenu deux fois nos lecteurs de cet excellent produit. Mais, depuis nos articles, vieux déjà, il est vrai, la question a marché et de nombreux observateurs sont venus publier les résultats de leur pratique et faire apprécier au public médical les effets du nouveau médicament. Ce sont ces appréciations que nous voulons résumer ici brièvement.

Le Dr Pesmes (*J. de méd. Bordeaux*) a employé avec succès le vin Vivien dans le rhumatisme polyarticulaire subaigu : il attribue, non sans raison, les succès qu'il obtint à la quantité énorme de propylamine (presque 3 p. 100) contenue dans ce médicament-aliment de premier ordre.

Le même observateur a recours à l'agent dont nous parlons pour le traitement souvent si difficile, pour le praticien, de la chloro-anémie avec dysménorrhée. Le succès dépassa ici l'attente de notre distingué confrère. Le tannin et l'alcool de l'excellent vin qui sert de base à la préparation unirent leurs effets toniques à l'action prodigieusement analeptique de l'extrait de foie de morue. Nous avons essayé, dans des cas semblables, de recourir au vin Vivien : nous

avons obtenu des digestions faciles, une menstruation régulière et aisée, et une reconstitution organique complète dans des cas où la dyspepsie, l'aménorrhée et la *cachexia virginum* résistaient à toutes es médications rationnelles.

D'autres observateurs ont employé avec succès le vin à l'extrait de foie de morue dans le rhumatisme chronique et déformant. Quant à nous, nous préférons volontiers cette médication si commode à la médication par l'iode, qui cause une maigreur rapide et augmente encore la profonde déglobulisation du sang que la diathèse rhumatismale entraîne toujours avec elle. Car on peut bien dire que l'anémie suit le rhumatisme comme l'ombre suit le corps. Quoi de plus conforme à la saine thérapeutique que de choisir un agent à la fois reconstituant pour le globule sanguin et antirhumatismal par ses principes extractifs ?

Multiples sont les indications de l'extrait de foie de morue. Dans les maladies infantiles, il est à même de rendre des services inappréciables. L'organisme délicat de l'enfant a besoin des médicaments dirigés contre le lymphatisme : l'huile est fort mal digérée par les intestins des petits êtres, à cause de la pauvreté de la sécrétion biliaire, qui rend peu sûre la saponification des corps gras. Alors, recourons à l'extrait dissous dans le vin, que les enfants acceptent si volontiers. C'est merveille de voir avec quelle facilité la scrofule s'efface sous l'influence de la médication due au Dr Vivien, et que le Dr Bernard a si justement dénommée la médication *œnopropylamique*. En huit ou dix jours, on voit diminuer les engorgements ganglionnaires qui ont résisté à la médication iodée. Cela tient, croyons-nous, à l'énorme quantité de phosphore renfermée dans l'extrait de foie de morue. Nos lecteurs ne peuvent ignorer les succès de la médication phosphorée dans la lymphadémie. Trousseau et le professeur Verneuil donnent à cette médication la préférence pour résoudre les engorgements lymphatiques.

L'extrait de foie de morue est inaltérable et sa composition est constante. Voilà ce qui fait, selon nous, du vin Vivien une véritable conquête pour la thérapeutique. Le vin est d'une qualité exquise et constitue pour l'estomac un excellent tonique, non comparable aux banyuls et aux vins de quinquina du commerce, si communément indigestes. Chaque cuillerée contient vingt centigrammes d'extrait. Dans les cas où la thérapeutique ne demande pas l'emploi du vin, on peut employer les dragées Vivien à l'extrait de foie de morue, à la dose de 4 à 12 par jour. Quant à nous, nous nous sommes bien trouvé en général de l'emploi alternatif des dragées et du vin, et nous recommandons à nos confrères qui emploient l'extrait de foie de morue préférablement à l'huile, de suivre notre méthode.

Dr Pol VERNON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *novembre* 1882. — *Présidence de* M. L. LABBÉ.

PERFORATION DES ARTÈRES DANS LES FOYERS PURULENTS. — *M. Monod*, à propos du procès verbal, résume une observation envoyée par le Dr Bertin (de Gray). Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, enceinte de trois mois qui, en lavant du linge, s'est piquée avec une aiguille au talon de la main. Quelques jours après, développement d'un phlegmon qui gagne l'avant-bras. Il se produit trois ouvertures spontanées, dans la paume de la main, sur sa face dorsale et à l'avant-bras. Après quelques jours, il survient une hémorrhagie subite qui fut tellement abondante que le lit et le plancher étaient inondés de sang.

Il ne fit pas de compression, car elle avait été impuissante et mal supportée précédemment. La malade avait eu, en effet, un peu avant, trois hémorrhagies qui avaient été difficilement arrêtées par ce moyen. Il ne voulut pas chercher à lier l'artère *in situ*, à cause des conditions d'isolement dans lesquelles il se trouvait, et il fit la ligature de l'humérale au milieu du bras. La malade guérit.

Il est probable que l'artère blessée a été la radiale ou une de ses branches.

La cause de l'hémorrhagie, l'auteur croit la trouver dans la grossesse. M. Monod croit que cette cause doit être cherchée dans l'état local. Il cite ce fait parce qu'on a contesté la réalité d'une perforation artérielle dans la cavité d'un abcès phlegmoneux. Cette observation paraît cependant probante et s'ajoute à celles de Demarquay.

M. Desprès ne conteste pas la réalité de ces perforations, mais elles sont prodigieusement rares. Les observations, pour être concluantes, ont besoin d'être très rigoureuses.

RÉSECTION DU CORPS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — *M. Desprès* désire appeler l'attention sur deux accidents déjà signalés à la suite de la résection du corps de la mâchoire inférieure. Il veut parler de la chute de la langue en arrière, sur l'orifice supérieur du larynx, et de l'inanition qui peuvent quelquefois entraîner la mort. Il veut montrer comment on peut y remédier, et comment il a réussi dans un cas récent.

Il s'agissait d'une jeune femme qui portait un volumineux sarcome à myéloplaxes à la partie moyenne du maxillaire inférieur s'étendant jusqu'aux molaires de chaque côté et ayant envahi le plancher de la bouche. La peau du menton était même envahie.

Il fit l'opération : en faisant une incision le long du bord du maxillaire inférieur, il sectionna l'os de chaque côté à l'aide d'une scie à

chaîne et coupa le pédicule de la tumeur à l'aide de l'anse galvano-caustique.

Pour empêcher le renversement de la langue en arrière, il prit un fil de fer qu'il recourba de façon à lui donner la forme du corps de la mâchoire et dont il implanta les deux extrémités dans le tissu spongieux du maxillaire au niveau des surfaces de section. Ce fil de fer servit à tenir un fort fil de lin qui traversait la base de la langue et la soutenait ; la pointe de l'organe fut encore pour plus de précautions traversé par un fil plus fin qui était rattaché au bonnet.

Je la vis le soir ; il lui était impossible de faire le plus petit mouvement de déglutition ; pour l'alimenter, je passais par le nez, non pas une sonde œsophagienne qu'on se croit obligé de conduire jusque dans l'estomac, mais une sonde molle n° 16 qui arrivait jusqu'au commencement de l'œsophage et je lui introduisais des liquides alimentaires au moyen de l'appareil de Potain renversé. Je ne laissai la sonde en place que juste le temps de la nourrir. Je crois ce moyen meilleur que l'emploi de la sonde à demeure qui est parfois mal supporté. Au cinquième jour, la malade se passait elle-même la sonde.

La guérison fut rapide, il n'y eut que deux fois une élévation de température, 39° et 38,5, causée par deux fluxions oculaires du maxillaire supérieur.

Le quatrième jour, j'ai enlevé le fil de fer ; l'expérience a montré qu'on pouvait le faire sans danger à ce moment. Je signalerai encore ce fait que la malade a souffert un jour dans la branche montante de la mâchoire ; on pourrait peut-être supposer que le fil de fer avait piqué le nerf dentaire inférieur.

M. Berger. J'ai essayé deux fois de mettre à demeure la sonde œsophagienne en caoutchouc rouge. Une fois, le malade a eu une pharyngite intense ; l'autre fois, le malade n'a pu la supporter. Du reste, je n'ai jamais remarqué que mes opérés de résection du maxillaire inférieur eussent une si grande difficulté à boire à l'aide de la burette portée dans le pharynx ; il en est tout autrement chez ceux auxquels on pratique une opération sur la langue.

M. Verneuil rappelle qu'il a fait faire une thèse où sont consignées de nombreuses observations montrant que la sonde à demeure en caoutchouc rouge est très facilement supportée.

Quant à la rétrocession de la langue, il rappelle qu'un de ses élèves et amis, Augier, a publié sur ce sujet une thèse il y a 20 ou 25 ans. Lui-même, à la Société de chirurgie, a proposé, il y a longtemps, un moyen semblable à celui dont parle M. Desprès et qu'il a eu occasion d'exécuter deux fois ; seulement, au lieu de le ficher dans l'os, comme l'a fait M. Desprès, il avait perforé le maxillaire et fait passer le fil dans le trou ; il a fixé la base de la langue à l'aide d'un fil de caoutchouc qui se prête mieux aux mouvements de l'organe.

Il ajoute que dans un cas il avait mis un fil trop fort et qu'il avait eu beaucoup de peine à le retirer; il était comme entraîné dans les parties molles; il conseille donc un fil relativement fin et au besoin un fil d'argent.

M. Magitot dit que, dans des cas analogues, on peut conserver une lamelle osseuse qui pourra jouer le rôle du fil de fer employé par MM. Després et Verneuil; il a pu arriver à guérir une tumeur du genre de celle de M. Desprès par des cautérisations répétées à l'acide chromique, et a pu conserver le bord inférieur de la mâchoire.

M. Pozzi rappelle qu'il y a un an il a enlevé la moitié du maxillaire inférieur et une partie notable du plancher de la bouche à une femme atteinte de cancer du maxillaire inférieur et qui était arrivée dans un état d'émaciation extrême. Il mit une sonde à demeure en caoutchouc rouge : au bout de dix jours, je fus obligé de la raccourcir, parce que la malade se plaignait d'une vive douleur à l'épigastre. Ces douleurs continuèrent au cou et à la poitrine : il survint des accès de suffocation pendant l'un desquels la malade arracha la sonde, ne voulant plus la supporter; ces accès de suffocation se répétèrent, la malade présentait des signes d'œdème de la glotte et asphyxiait : on dut lui faire la trachéotomie; elle guérit et était très engraissée quand elle quitta l'hôpital.

La difficulté et l'impossibilité de la déglutition tiennent, je crois, à ce qu'on touche au plancher de la bouche, car, quelques mois plus tard, j'eus à faire la même opération sur un Arabe à l'hôpital El-Sadoc, à Tunis; je ne touchai pas le plancher de la bouche et l'impossibilité de la déglutition ne se produisit pas.

M. Monod. M. Magitot a émis sur les tumeurs dites a myéloplaxes des idées qui seraient dangereuses maintenant; ce sont des sarcomes, et comme tels, ils peuvent avoir un caractère de malignité très grande. MM. Bez et Terrillon ont publié, alors qu'ils étaient internes de M. Guérin, une observation où l'on constata de la généralisation dans les viscères. Dans le plus grand nombre des cas, tout l'os est malade et il faut faire une opération radicale; assurément quelques cas peuvent être opérés comme le veut M. Magitot.

M. Magitot se dit en mesure de citer des cas de guérison par la méthode dont il a parlé et qui datent de cinq ou six ans et c'étaient des tumeurs partant de l'os. L'examen microscopique a montré qu'il y avait des myéloplaxes.

M. Monod. Ces dernières paroles de M. Magitot suffiraient pour faire supprimer le mot de tumeurs à myéloplaxes : car, ce ne sont pas ces éléments qui donnent la caractéristique de la tumeur. Ils sont en rapport avec le développement vasculaire. Dans un travail, j'ai cherché à démontrer avec M. Malassez, qu'on pouvait les considérer comme des cellules vaso-formatrices. Au demeurant Salter a

montré depuis longtemps que la guérison par le moyen préconisé par M. Magitot est possible avec l'épulis.

M. Desprès. Nous voyons des épulis récidiver après 7, 8, 10 ans : on ne peut pas parler de guérison radicale pour des opérations datant de 5 ans : ce sont des tumeurs naissant du périoste. Quelques-unes paraissent profondes : mais cela tient à ce qu'elles entrent dans l'alvéole d'une dent dont elles ont pris la place, mais il n'y a pas de relation à établir entre les épulis que guérit M. Magitot et les tumeurs dites à myéloplaxes décrites par Robin et Eug. Nélaton. Il est donc absolument de l'avis de M. Monod.

Il reconnaît la priorité de M. Verneuil dans l'emploi du fil de fer. Quant au cathétérisme, il s'est borné à emprunter un moyen en usage depuis longtemps dans les maisons d'aliénés. Il est opposé à la sonde à demeure, il aime mieux le cathétérisme répété qui est toujours facile.

M. Verneuil. Ce qui constitue le perfectionnement dans le cathétérisme de l'œsophage, c'est la substitution à l'ancienne sonde œsophagienne, rude et presque rigide, de la sonde en caoutchouc rouge qui est souple et inoffensive : le cathétérisme répété n'est pas aussi facile que le dit M. Després.

A propos du fil de fer, il est prêt à reconnaître qu'il vaut peut-être mieux l'implanter dans l'os que le passer au travers.

M. Trélat ne veut toucher que deux points :

1° Il y a des sarcomes périostaux et des sarcomes centraux.

Enoncer qu'on peut guérir des sarcomes par la cautérisation est vrai dans quelques cas, mais peut être dangereux.

Dans les sarcomes périostaux, on peut presque employer le traitement que l'on veut, et ils peuvent guérir et guérissent même.

Mais conclure de là que les tumeurs à myéloplaxes peuvent guérir par le traitement indiqué par M. Magitot est dangereux, et la Société de chirurgie ne peut laisser ces idées entrer dans les esprits. Ces tumeurs relèvent seulement d'une opération radicale et faite à bref délai.

2° Quant à l'emploi de la sonde, on peut dire qu'il y a certains malades qui la tolèrent difficilement ; mais il est trop tard, pour l'employer, d'attendre le moment de l'opération. Si la plaie opératoire atteint l'isthme des joues, on peut être dans l'impossibilité de l'introduire. Il faut s'y prendre d'avance et y accoutumer les malades. Dès qu'on a franchi la première semaine après l'opération, on peut ne plus s'en servir.

M. Lannelongue a vu et voit un grand nombre de tumeurs de la mâchoire : toutes les fois que les opérations sont incomplètes, elles récidivent très rapidement ; elles partent toutes de la profondeur de l'os quelles que soient leurs variétés histologiques. Aussi est-il d-

l'avis de M. Trélat et croit-il qu'il faut les opérer radicalement et de bonne heure. A propos de la sonde à demeure, il est de l'avis de MM. Trélat et Verneuil. L'expérience le lui a prouvé.

GENU VALGUM, OSTÉOTOMIE, PRÉSENTATION DE MALADE. — *M. Delens* présente un malade de 28 ans qu'il a opéré par l'ostéotomie d'un *genu valgum* double. Il a fait une incision de 2 centimètres à la peau et a pu introduire par l'ouverture l'ostéotome de Mac-Ewen. Du côté gauche, le redressement après la brèche de l'ostéotome a donné lieu à une fracture complète. Aussi y a-t-il un cal exubérant, mais il n'y a pas de raccourcissement : il y aurait peut-être allongement. Du côté droit, le redressement s'est fait sans fracture, ou du moins la fracture a été incomplète, comme le veut Mac-Ewen. Il n'y a eu ni épanchement articulaire, ni relâchement ligamenteux, comme on l'observe après le redressement par l'appareil de Collin.

M. Lucas-Championnière présente aussi un malade auquel il a fait l'ostéotomie pour un cas de genu valgum simple.

Ces deux malades sont très bien redressés.

M. Berger présente un malade auquel il a fait la résection du maxillaire inférieur et qui porte un appareil construit par M. Dejarlin, destiné à corriger l'asymétrie de la face.

M. Magitot fait observer que l'on construit cet appareil depuis longtemps.

LIGATURE DE L'ILIAQUE INTERNE, PRÉSENTATION DE MALADE. — M. Kirmisson présente un malade auquel il a fait la ligature externe par l'incision d'A. Cooper, qui a permis de placer le fil à 3 centimètres de la naissance de la fémorale.

P. BAZY.

BIBLIOGRAPHIE

ÉLÉMENTS D'ORTHOPÉDIE, par *A. Dubrueil*, professeur de la faculté de médecine de Montpellier, 1 vol. in-12, avec 84 figures intercalées dans le texte. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

Les Éléments d'orthopédie du professeur Dubrueil renferment sous une forme concise les connaissances dont l'ensemble constitue cette branche de la médecine, quelque peu négligée de nos jours, il faut bien l'avouer, surtout en France. Depuis les leçons de Bouvier et celles de Malgaigne, aucun travail analogue n'avait paru, et c'est combler un désidératum que publier un livre de ce genre.

L'ouvrage est divisé en huit chapitres, où sont successivement étudiés : le torticolis, les déviations du rachis, la luxation congé-

nitale de la hanche, le genu valgum, les difformités du pied, la main bote, la flexion permanente des doigts, les déviations des orteils.

Ces différents sujets sont traités avec soin et surtout au point de vue pratique, bien que le côté théorique ne soit nullement exclu.

Les travaux si importants de Duchenne, de Boulogne, ont été largement mis à profit par l'auteur, qui a également puisé dans la littérature étrangère et notamment dans les auteurs anglais.

Au chapitre du genu valgum, on trouve une indication très suffisante des opérations et des manœuvres employées depuis peu contre cette difformité. Çà et là on rencontre quelques pages où sont développées des idées originales.

Je signalerai l'opinion émise par l'auteur à propos de la ténotomie dans le pied bot paralytique ; il préconise cette opération, contrairement à nombre de chirurgiens.

Quatre-vingt-quatre planches, dont un bon nombre sont originales, ajoutent à la clarté du texte.

En somme, les Éléments d'orthopédie trouveront leur place dans la bibliothèque de l'étudiant et dans celle du praticien.

NÉCROLOGIE

Le Dr Mathelin (de Paris) vient de mourir, le 11 novembre, à l'âge de 34 ans, enlevé en quelques heures par des accidents cérébraux épileptiformes. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par les Drs de Beaurais et Apostoli.

Le Dr Edward Landowski, directeur de l'établissement sanitaire de Mustapha-Supérieur (Algérie), vient de mourir, suivant sa femme dans la tombe à huit jours d'intervalle. M. Landowski laisse cinq orphelins qui viennent de rentrer à Paris.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 20 au 25 novembre 1882). — *Lundi* 20.— Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Verneuil, Guyon et Farabeuf. *(Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 2e (nouveau régime, physiologie): MM. Béclard, Hayem et Cadia. — 3e (ancien régime): MM. Regnauld, Henninger et Bocquillon. — 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Bouchardat et Duplay. — 5e (Charité): MM. Trélat, Fournier et Budin.

Mardi 21. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Sappey, Cornil et Berger. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 2e (ancien régime, oral): MM. G. Sée, Jaccoud et Humbert. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Le Fort, Peter et

Troisier. — 4e: MM. Brouardel, Laboulbène et Raymond. — 5e (Charité): MM. Pajot, Lasègue et Peyrot.

Mercredi 22. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Béclard, Trélat et Marchand. (*Epreuve pratique*. Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 3e (ancien régime): MM. Baillon, Henninger et Hanriot. — 4e: MM. Bouchardat, Hayem et Straus. — 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Fournier et Regnault. — 5e (Charité): MM. Verneuil, Parrot et Budin. — 5e (Charité): MM. Potain, Guyon et Pinard.

Jeudi 23. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Sappey, Laboulbène et Bouilly. — 2e (nouveau régime, 1re partie, oral, anatomie, histologie): MM. Robin, Cornil et Peyrot. — 2e (ancien régime, oral): MM. Lasègue, Bouchard et Richelot. — 4e: MM. Peter, Brouardel et Debove. — 1re classe (sages-femmes): MM. Pajot, Gosselin et Hardy.

Vendredi 24. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Vulpian, Hayem et Pozzi. — 1er (ancien régime, oral): MM. Verneuil, Duplay et Ch. Richet. — 2e (ancien régime, oral): MM. Potain, Fournier et Reclus. — 2e (nouveau régime, physiologie): MM. Béclard, Charcot et Cadiat. — 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Parrot et Gariel.

Samedi 25. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Richet, Cornil et Bouilly. — 4e: MM. Brouardel, Jaccoud et Grancher. — 1re classe (sages-femmes): MM. Pajot, Ball et Sappey. — 5e (Charité): MM. Peter, Hardy et Charpentier.

Samedi 25. — 5e examen, à 4 heures (salle des thèses). Composition écrite.

Travail des enfants employés dans l'industrie. — Interdictions diverses. — Le travail des enfants est interdit dans les établissements dénommés ci-après:

Industrie: Acide salicylique (fabrication au moyen de l'acide phéniqué). — Raison de l'interdiction: Emanations corrosives.

Industrie: Celluloïde et produits nitrés analogues (fabrication du). — Raison de l'interdiction: Vapeurs nuisibles, dangers d'explosion ou de brûlures.

Industrie: Celluloïde et produits nitrés analogues (ateliers de façonnage du). — Raison de l'interdiction: Dangers d'explosion ou de brûlures.

Industrie: Chlorures de soufre (fabrication des). — Raison de l'interdiction: Emanations nuisibles.

Par un autre décret de même date, il est interdit d'employer les enfants de moins de seize ans et les jeunes filles mineures de moins de dix-huit ans, comme producteurs de force motrice, au tissage par les métiers dits à la main.

Par décret, en date du 3 novembre, le travail des filles mineures employées au triage ou au délissage des chiffrons est interdit dans les ateliers reconnus, conformément aux prescriptions de l'article 18 de la loi du 19 mai 1874, insuffisamment aérés ou ventilés.

Cette interdiction devra être ajoutée à celles déjà portées au tableau C annexé au décret du 3 mars 1877.

Par un quatrième décret, il est interdit d'employer les garçons de douze à quatorze ans et les filles de douze à seize ans à traîner les fardeaux sur la voie publique.

Les garçons et les filles au-dessus de douze ans peuvent traîner des fardeaux dans l'intérieur des manufactures, usines, ateliers et chantiers, à la condition que le traînage sera effectué sur un terrain horizontal et que la charge ne dépassera pas 100 kilogrammes, véhicule compris.

Les garçons seuls de quatorze à seize ans seront autorisés à traîner des fardeaux sur la voie publique, à la condition que la charge ne dépassera pas 100 kilogrammes, véhicule compris.

Le § 3 de l'art. 3 du décret du 13 mai 1875 est et demeure abrogé.

Par un cinquième décret, il est interdit d'employer les enfants aux opérations qui dégagent des poussières dans les ateliers où l'on travaille à sec la corne, les os et la nacre. Il est également interdit de les employer à un travail quelconque dans les mêmes ateliers lorsque les poussières s'y dégagent librement.

Cette interdiction devra être ajoutée à celles déjà portées au tableau C annexé au décret du 3 mars 1877.

Enfin, par un sixième décret, il est interdit aux couvreurs et aux plombiers d'employer des enfants à des travaux qui sont effectués sur les toits.

Faculté de médecine de Paris. — Le jury pour le concours de l'agrégation en médecine (section de pathologie interne et de médecine légale) qui doit commencer le 1er décembre prochain est, si nous sommes bien informé, composé de la manière suivante :

Président : M. le professeur Lasègue. — *Juges titulaires* : MM. Sée, Fournier, Jaccoud, Cornil, Dieulafoy, Mayet (de Lyon), Dupré (de Montpellier), Bergeron (de l'Académie de médecine). — *Juges suppléants* : MM. Brouardel, Laboulbène, Peter, Parrot.

Bureau de bienfaisance. — M. le Dr Macret (H.) est nommé médecin du bureau de bienfaisance du quatorzième arrondissement de Paris.

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur B. Ball commencera ses leçons cliniques dimanche matin 19 décembre, à 10 heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. Bellangé (Georges), interne des hôpitaux, aide des travaux pratiques d'histologie, est nommé chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales en remplacement de M. Chambard, démissionnaire.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Auguste Voisin reprendra ses leçons cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le dimanche 19 novembre à 9 heures 1/2, dans les salles de son service, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Muséum. — M. G. Pouchet, professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, ouvrira ce cours le mardi 21 novembre 1882, à neuf heures du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. Parent, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 59 MARDI 21 NOVEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 59. Mardi 21 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 20 *novembre* 1882.

Les frontières de la folie.

M. le professeur Ball inaugurait hier, à l'asile Sainte-Anne, la quatrième année de ses leçons cliniques. Le professeur avait choisi comme sujet de cette première leçon *les frontières de la folie.* Un pareil sujet, traité avec l'humour et la verve habituelle de M. Ball, ne pouvait manquer d'offrir le plus vif intérêt.

On croit très communément, dans le monde, que rien ne diffère plus d'un fou qu'un homme sain d'esprit, les deux classes paraissent nettement tranchées; beaucoup de magistrats pensent encore que pour faire ce diagnostic il n'est point nécessaire de recourir aux lumières d'un médecin; dans la discussion de la loi de 1838, un orateur s'écriait qu'il suffisait de causer pendant un quart d'heure avec un homme pour voir s'il était aliéné.

La vérité est que souvent rien n'est plus difficile. Lorsque, après la bataille de l'Isly, il s'agit de tracer les frontières occidentales de l'Algérie et de marquer ses limites avec le Maroc, cette opération étant terminée sur une certaine étendue voisine de la Méditerranée, les diplomates marocains dirent aux Français : Maintenant, il n'y a plus rien à partager, c'est le désert; traçons donc, du point où nous sommes arrivés, une ligne droite vers le Sahara. Les Musulmans nous trompaient, car ce désert, prétendu vide, était occupé par une population nomade de six ou sept cent mille âmes. De même, sur la frontière de la folie et de la raison habitent, non pas quelques centaines de mille, mais des millions d'individus, population essentiellement nomade qui fait de fréquentes incursions de l'un ou de l'autre côté.

L'une des classes les plus importantes de cette population flottante est celle des *impulsifs*. Certains individus, fort raisonnables sur toute autre chose, ont constamment une impulsion irrésistible à commettre un acte des plus insensés. Un homme d'un esprit distingué et occupant une situation élevée dans le monde devait épouser une veuve jeune, jolie et pourvue d'une grande fortune ; il disait à son médecin : « Je ne puis pas me marier; ma fiancée exige que j'aille lui faire une visite en province, or je ne puis pas voyager en chemin de fer sans éprouver immédiatement le besoin irrésistible de me jeter par la portière. » On essaya de l'habituer en le faisant monter dans le chemin de fer de ceinture; mais il ne put dépasser Auteuil et il fut obligé de descendre pour ne pas mettre sa fatale tendance à exécution.

Une autre forme bien curieuse est la manie du vol, la *kleptomanie*. Des hommes, qui sont d'ailleurs d'une honorabilité parfaite, volent constamment des objets de différente valeur et toujours le même objet. Tel est l'homme qui volait les couverts d'argent dans toutes les maisons où il était invité à dîner; il était suivi d'un domestique qui avait pour fonction de restituer les objets dérobés. Tel encore cet autre qui avait la manie de voler des baquets de blanchisseuse, dont il ne pouvait cependant faire aucun usage.

Une tendance plus grave est l'impulsion au suicide à laquelle les malades finissent toujours par succomber, l'impulsion à l'incendie, l'impulsion à l'homicide. Un artiste des plus honorables était arrivé, à force d'énergie et de travail, à mettre à l'abri du besoin une nombreuse famille qu'il adorait; personne autre que lui ne connaissait son malheureux état mental et cependant, lorsqu'il tenait ses enfants dans ses bras, il avait une tendance irrésistible à les jeter par la fenêtre. Un jour penché sur un berceau, il assistait, plein de douleur, à l'agonie d'un de ses enfants qui se mourait du croup, et cependant, malgré les profonds regrets qu'il éprouvait en pensant à la mort prochaine de cet enfant, il était obligé de faire tous ses efforts pour ne pas l'étrangler.

Les *mystiques* forment une classe bien plus nombreuse; on sait quelle somme effroyable d'insanités les religions ont de tout temps produites. Ce genre de folie n'atteint pas seulement les esprits vulgaires et le professeur Ball a raison de dire que tous (ou presque tous) les fondateurs de religion étaient des aliénés.

Après les mystiques viennent les *obsédés*, constamment soumis à l'empire d'une idée fixe, les *vertigineux*. Chez ces derniers, une forme des plus curieuse est l'*agoraphobie* ou la peur des espaces. Quelques individus ne peuvent se trouver seuls dans les champs ni même traverser une rue pleine de monde. Un membre de l'Institut ne pouvait traverser la place de la Concorde; arrivé au milieu, il était pris de vertige et il était forcé de s'asseoir par terre. Ce savant, à l'esprit d'ailleurs irréprochable, faisait donc parfois de profondes incursions dans le domaine de la folie.

La forme opposée à l'agoraphobie, c'est la *claustrophobie* ou peur des espaces fermés, dont M. Ball a observé de remarquables exemples. Une dame faisait avec son mari et ses enfants l'ascension de la tour Saint-Jacques. Arrivée au milieu, elle se figure entendre fermer la porte en bas; aussitôt, sans écouter aucune parole, elle se met à redescendre à toute vitesse, bousculant les personnes qui montaient, et respire à pleins poumons lorsqu'elle est enfin sortie.

Quelques malades ne peuvent monter sur un trottoir, passer sur un caillou, dépasser l'ombre d'un arbre, sans être obligés de faire de longs efforts et d'essayer à de nombreuses reprises.

Les *sexuels* paraissent être plus nombreux en Allemagne, ou du moins c'est surtout dans ce pays que leur monomanie a été décrite sous le nom d'instinct sexuel contraire, *kontrâre sexuell Empfindung*. Des hommes éprouvent des penchants pour les individus de leur sexe et ressentent plutôt de la répulsion pour les femmes; de même une jeune fille se sentira troublée au milieu de ses compagnes et le contact des hommes ne lui inspirera aucun attrait. Un conseiller à la cour de Berlin, atteint de cette singulière aberration, a publié sous un pseudonyme son histoire propre et l'observation des autres malades du même genre qu'il avait rencontrés. En bon Allemand, il propose une théorie et la sienne n'est pas des moins curieuses. Dieu, en créant les hommes et les femmes, met dans le corps de chacun une âme en rapport avec son sexe; mais parfois il se trompe de vase et voue ainsi, par sa négligence, à une torture continuelle, les malheureux absolument dépourvus de moyens de satisfaire les passions que la providence leur a données.

Parmi les nomades toujours enclins a pénétrer sur le domaine de la folie sont les *hypochondriaques*, qui presque toujours sont de véritables et insupportables aliénés ; enfin les *hallucinés* décrits par M. Luys comme formant un groupe spécial. Un des ministres qui ont le plus fait pour le développement de l'instruction publique dans notre pays, homme d'un esprit réellement supérieur, savant et littérateur des plus distingués, M. V..., s'est cru toute sa vie en butte aux persécutions des jésuites et, lorsqu'il se rendait au conseil des ministres, il faisait de nombreux détours en regardant constamment à ses pieds pour éviter, disait-il, les crachats que les jésuites avaient déposés à son intention.

Un autre halluciné bien connu est un illustre médecin mort récemment, le créateur d'une méthode, et que Virchow appelait le premier des médecins français. C'est ce même professeur P... qui disait en 1848 : « Pourquoi ne met-on pas la présidence de la République au concours? Je concourrais et je serais certainement nommé. »

Ainsi nous sommes entourés d'aliénés ; il en existe à tous les degrés de l'échelle sociale et dans toutes les positions; les hommes les plus intelligents et les plus illustres ne sont pas à l'abri de certaines monomanies qui leur font souvent dépasser la frontière. Mais heureusement, comme le dit en terminant le professeur Ball, la folie n'est pas incompatible avec les plus belles qualités de l'intelligence; la folie et le génie se touchent souvent de bien près et même bien des fois la civilisation serait restée en arrêt s'il n'y avait eu des fous pour la pousser en avant.

Amand CHEVALLEREAU.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. E. GUIBOUT.

Des modifications que l'état du malade doit amener dans le traitement des maladies cutanées.

Leçon recueillie et rédigée par M. BODINIER,
Interne du service.

Messieurs,

Lorsqu'on veut traiter une affection de la peau il faut tout d'abord en rechercher la cause. Est-ce une affection purement externe résultant d'irritations quelconques ou de la présence d'un parasite? Est-ce un symptôme critique, suivant ou jugeant un état morbide antérieur? Ou bien y doit-on voir une manifestation d'une perturbation passagère de l'économie ou d'une manière d'être permanente d'une diathèse? La cause trouvée, il faut examiner les lésions cutanées, voir si elles réclament un traitement local, ou si on peut les abandonner à elles-mêmes.

Cela fait, vous connaissez de l'affection cutanée la cause et la lésion : mais il faut aller plus loin et se rendre un compte exact du malade lui-même. Il faut chercher quelle est sa constitution, quel est actuellement son état de santé, quelle hygiène il suit, et quel est son âge. Enfin le sexe du malade doit, dans bien des cas, modifier le traitement que vous allez prescrire. L'ensemble de toutes ces notions vous permet seul d'instituer un traitement rationnel et complet. Et c'est la faculté d'apprécier et de coordonner tous ces éléments, unie à un sérieux bagage scientifique, c'est cette faculté qui constitue le coup d'œil médical. Et c'est parce que la connaissance de toutes ces notions variables est nécessaire, que jamais la médecine ne sera une science mathématique, et que, malgré Bouillaud, toujours la thérapeutique sera distincte de la chimie.

Quelle est donc la constitution du malade? Cette question est loin d'être oiseuse ; car, tout comme une plante, l'affection cutanée se modifie dans son aspect et son évolution suivant le terrain qui la produit. Un tempérament sec et nerveux permet à l'herpétisme de se montrer dans son type le plus pur avec ses lésions prurigineuses. Dans ce cas le prurigo déterminera des démangeaisons atroces et le lichen de continuels picotements. Placez chez un scrofuleux ces deux mêmes affections, le prurit sera moins marqué et les surfaces malades plus humides. Et c'est pour n'avoir pas tenu compte de ces modifications suivant le terrain, que Bazin a inventé son arthritisme; ce n'est que de l'herpétisme modifié par une constitution scrofuleuse ou une affection cutanée transformée par une cause toute locale. Mais si la constitution modifie la lésion, elle doit aussi, ne l'oubliez pas, modifier le traitement. Voilà un syphilitique amaigri, pâle et cachec-

tique ; en voici un autre gras, replet, sanguin et bilieux. Les traiterez-vous de la même manière, vous contenterez-vous dans les deux cas de prescrire la pilule de protoiodure de mercure ou la solution d'iodure de potassium? Non, Messieurs, ce n'est là qu'une indication et il y en a plusieurs, et, faute de les remplir toutes, le succès sera douteux. Vous n'avez attaqué que la syphilis, sans vous préoccuper de la constitution du malade. Dans le premier cas vous devez soutenir et relever les forces affaiblies du syphilitique par tous les toniques en votre pouvoir, sirop d'iodure de fer, vin de gentiane, vin de quinquina, etc. Dans le second cas vous suivrez une marche contraire et vous modifierez le sang trop riche du malade par des purgatifs ou des diurétiques répétés.

Et, Messieurs, je veux vous donner ici un conseil : il faut avoir foi dans la science dans votre lutte contre la maladie. Ce n'est pas de trop d'avoir plusieurs cordes à son arc et il faut être polypharmaque : il faut l'être pour remplir toutes les indications, et il faut l'être pour contenter son malade, que décourage un médicament trop longtemps prolongé sans résultats appréciables.

Ce que je viens de dire à propos de la syphilis s'applique également à l'herpétisme. Il faut, suivant le cas, ou rétablir une constitution délabrée par les toniques, fer, vin de quinquina, sirop de phosphate de chaux, ou bien au contraire combattre l'exubérance vitale par des dépuratifs comme les alcalins et les diurétiques.

Après vous être occupés de la constitution de votre malade, il faut vous occuper de son état de santé actuel. On peut avoir un tempérament excellent et malgré cela être atteint d'un trouble passager dans sa santé. Dans ce cas il faut retarder ou suspendre le traitement diathésique. Vous ferez d'abord disparaître ce malaise passager, et ce n'est qu'après avoir atteint ce but que vous pourrez efficacement combattre la diathèse.

Informez-vous ensuite quelles règles d'hygiène suit votre malade. Bien souvent, Messieurs, l'hygiène amène ou prévient les maladies, assure ou compromet la guérison, atténue ou aggrave les lésions cutanées ; car une lésion primitivement bénigne peut devenir maligne sous l'influence d'une hygiène mauvaise et le phagédénisme est parfois le résultat d'une hygiène déplorable. Il faut donc savoir, — on voudrait dire pouvoir — corriger toutes les fautes hygiéniques de vos malades, et réformer leurs habitudes de nourriture, de travail, de vêtement et de logement. Si vous négligez ou n'obtenez pas ces réformes nécessaires dans les affections cutanées, vous pourrez les faire disparaître pour un temps, blanchir votre malade, suivant l'expression vulgaire qui ne manque pas de justesse, mais vous n'assurerez pas la guérison et la récidive est à craindre. C'est ce qui arrive aux malades que nous voyons seulement à la consultation de l'hôpital,

chez qui la pauvreté et souvent le manque de bonne volonté paralysent nos efforts.

Après la constitution et l'hygiène du malade, considérez aussi son âge avant d'instituer votre traitement. Car chaque âge imprime son cachet spécial à la marche de la maladie.

La jeunesse déborde de vie : aussi est-elle sujette aux inflammations de la peau et des muqueuses ; l'eczéma y est rouge, aigu et fluent, et l'impétigo y étale ses croûtes épaisses. Insistez donc sur les antiphlogistiques de toute nature, émollients, purgatifs, etc. Mais n'oubliez pas non plus que la jeunesse est le moment de la formation des organes, et qu'elle doit fournir aux frais de la croissance ; il faut savoir lui fournir les matériaux nécessaires et ne pas lui ménager les toniques.

L'âge mûr est le moment de l'épanouissement des forces physiques et morales : l'économie s'y maintient pour ainsi dire dans un équilibre stable. C'est l'époque préférée des affections cutanées de tout genre : c'est aussi l'époque où l'on peut le plus hardiment prescrire les doses élevées et instituer les médications énergiques. Je n'insiste pas.

Mais la vieillesse arrive et tout change. Le vieillard est une lampe qui s'éteint : chez lui la vitalité diminue et les réactions ont peine à se produire. Du côté de la peau on a des lésions de décrépitude à marche chronique : c'est le purpura, ce sont des inflammations de mauvaise nature, c'est l'érythème paratrimme, ce sont les ulcérations du rupia senilis, les croûtes de l'ecthyma cachectique et les papules du prurigo senilis. Tout porte l'empreinte de la défaillance vitale. Ayez donc recours aux toniques, fer, quinquina, arsenic, prescrivez les eaux minérales de La Bauche ou d'Orezza. Il faut aussi exciter le digestion par les amers et la noix vomique : en un mot mettez de l'huile dans la lampe.

Enfin il reste une dernière considération dont nous devons tenir compte : c'est le sexe du malade. La femme sans doute peut avoir les mêmes affections cutanées que l'homme ; mais quelques-unes sont plus rares chez elle, quelques-unes y sont plus fréquentes. Le peau de la femme est fine et sensible ; c'est donc un mauvais terrain pour les affections sèches et squameuses et en particulier pour les psoriasis, et il y est rare relativement à sa fréquence chez l'homme. Mais cette peau délicate est souvent le siège d'inflammations diverses, comme l'eczéma, l'hydroa, l'érythème intertrigo, etc. La sensibilité de son système nerveux nous explique la fréquence de ces affections prurigineuses et douloureuses, que le moindre trouble moral ou physique peut amener. C'est chez elle que l'on voit surtout se montrer l'urticaire passager et spasmodique. Cette contraction des muscles du derme se produit sous l'influence de la cause la plus légère, c'est

un trouble gastrique, une émotion, un courant d'air, etc. L'émotion a moins de prise sur l'homme et y produit rarement l'urticaire. Il en est de même du prurit génital qui atteint rarement chez l'homme la violence qu'il montre dans le sexe féminin. Il faut savoir en outre que si parfois la femme peut pousser très loin la résistance à la douleur et à la maladie, cette résistance peut aussi cesser brusquement et une dépression profonde lui succéder.

C'est en se fondant sur ces considérations que le dermatologiste se garde d'employer les topiques trop irritants, qu'il se méfie des médications excitantes, comme aussi des hyposthénisants, comme la saignée, les drastiques, etc., de peur qu'un affaissement subit ne soit le résultat de ces traitements débilitants. Cependant il faut savoir à propos recourir aux excitants, et vous me voyez souvent prescrire, même chez la femme, la potion strychninée, excellent excitant des fonctions digestives et dont voici la formule :

Sulfate de strychnine..............	0 gr. 02
Sirop de menthe....................	30 —
Eau gommeuse......................	120 —

Il faut surtout se défier des doses élevées qui peuvent amener des accidents subits et parfois irrémédiables.

J'ai fini, Messieurs, ces leçons de dermatologie pratique : je vous ai montré que la pathologie cutanée dépend de la pathologie générale, que les lésions de la peau ne sont souvent que le reflet d'un état général mauvais, enfin je vous ai tracé les règles qui doivent vous guider dans le traitement de ces affections. Je serai heureux, si j'ai pu inspirer à quelques-uns d'entre vous le désir d'étudier et d'apprendre la dermatologie.

REVUE DE LA PRESSE

Effets physiologiques et thérapeutiques de la quassine. — Le Dr *Campardon* publie dans le *Bulletin de thérapeutique* (15 novembre) le résultat des recherches qu'il a faites depuis quelques années sur l'action physiologique et sur l'action thérapeutique de la quassine. Il publie dix-sept observations sur les quatre-vingts qu'il dit avoir recueilliès.

Il a employé la quassine amorphe et la quassine cristallisée, principes actifs extraits de la quassia amara de Surinam et de la quassia simarouba.

A dose modérée, la quassine active et augmente la secrétion des glandes salivaires du foie, des reins et peut-être des glandes mammaires. Elle réveille l'action des fibres musculaires du tube digestif, de l'appareil uro-poiétique, du canal excréteur de la bile, aug-

mente la sécrétion des muqueuses et facilite l'excrétion des sécrétions normales.

Chez l'homme malade, comme tonique amer pur, cette substance réveille l'appétit, reconstitue les forces et, grâce à son action sur les fibres musculaires de la vie végétative, facilite les excrétions normales, rend la défécation plus facile et hâte l'expulsion des calculs rénaux et hépatiques.

La quassine, ainsi que le bois de quassia amara et le simarouba dont elle est tirée, est mortelle à très faible dose pour les animaux d'ordre inférieur.

A certaine dose elle détermine une série d'effets toxiques qui rappellent l'action des poisons convulsivants. Au-dessus de 15 centigrammes de quassine amorphe ou de 15 milligrammes de quassine cristallisée, la seconde ayant une action dix fois plus énergique que la première, on observe les phénomènes suivants : brûlure de l'œsophage, brûlure circulaire de l'isthme du gosier, striction de plus en plus prononcée de la gorge, céphalalgie frontale surtout à droite, pesanteur et douleur de la région stomacale, nausées, vertiges, troubles de la vue, agitation extrême, impatience fébrile, impossibilité de suivre longtemps un raisonnement, besoin de changer de place, miction fréquente, mais qui diminue peu à peu d'abondance, gardes-robes diarrhéiques, puis vomissements, enfin des crampes qui sont de véritables contractures des muscles de la jambe et de la cuisse.

Pour combattre les effets toxiques de la quassine, M. Campardon conseille le chloral à l'intérieur et le chloroforme à l'extérieur.

A. Ch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 *novembre* 1882. — *Présidence de* M. Millard.

Les maladies régnantes. — *M. Du Castel* lit *le rapport sur les maladies régnantes,* pendant le 3e trimestre 1882.

La mortalité générale des hôpitaux a été inférieure pendant ce trimestre à ce qu'elle a été dans le trimestre correspondant de l'année dernière.

La pleurésie a été particulièrement fréquente et grave.

Les pneumonies ont eu la même fréquence que d'habitude; elles ont été généralement bénignes et catarrhales.

La diphthérie a subi une notable diminution de gravité et de fréquence.

Les fièvres éruptives ont été d'une grande bénignité ; la variole a diminué beaucoup, et l'épidémie qui dure depuis quatre ans semble approcher de son terme.

L'érysipèle a été fréquent et assez meurtrier.

La fièvre typhoïde a subi une recrudescence considérable, principalement au mois d'octobre, comme cela est habituel chaque année. Mais les cas ont été beaucoup plus fréquents que les autres années. Aujourd'hui la rémission normale de la fin de l'automne commence à se faire sentir.

La fièvre typhoïde a été, il faut le reconnaitre, remarquablement bénigne eu égard au grand nombre des cas.

M. Du Castel appelle l'attention sur des éruptions pharyngiennes pseudo-membraneuses observées chez quelques typhoïdiques. Il signale aussi trois cas de fièvre typhoïde, contractée à l'hôpital, qu'il a eu l'occasion de voir dans son service.

En somme si la fièvre typhoïde n'était venue apporter un contingent nouveau à la mortalité, l'état sanitaire de Paris pendant ces trois mois aurait été excellent.

M. Damaschino signale la fréquence du muguet dans cette dernière épidémie de fièvre typhoïde. Il se demande si par l'examen histolologique on n'aurait pas pu constater la présence de l'oïdium albicans dans les angines rapportées par M. Du Castel.

M. Du Castel. L'examen histologique n'a pas été pratiqué, mais les plaques, exclusivement localisées au pharynx, avaient absolument l'aspect diphthéroïde.

M. Rendu, au nom de M. Desplats (de Lille), communique une observation *d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.* Le malade qui fait le sujet de cette observation, douze ans après une syphilis légère, mal soignée, fut atteint d'accidents cérébraux : douze ans après (vingt-quatre ans après le début) il fut atteint d'une véritable ataxie locomotrice accompagnée d'attaques épileptiformes. Le traitement par l'iodure de potassium produisit une guérison complète.

Hystérie fruste chez l'homme. — *M. Debove* communique un mémoire *sur l'hystérie fruste, principalement chez l'homme,* appuyé par quatre observations :

Chez un premier malade, les phénomènes hystériques (*hémianesthésie*) se manifestèrent à la suite d'une brûlure.

Chez un second, M. Debove observa du *délire hystérique* avec hyperesthésie cutanée.

Une troisième observation est relative à un jeune homme qui fut atteint à plusieurs reprises de contractures et d'attaques convulsives, puis d'une hémiplégie qui dura trois mois. Ce malade contracta des bronchites à plusieurs reprises ; il était anhélant, toussait beaucoup et vomissait facilement ; il avait des sueurs nocturnes et des points de côté. Plusieurs médecins portèrent tour à tour le diagnostic de bronchite du sommet ou bronchite spécifique ou de congestion pulmonaire. Des hémoptysies, qui se produisirent consécutivement, vin-

rent appuyer ces premiers diagnostics et confirmer la nature tuberculeuse de la maladie. Convaincu de l'imminence de sa mort, le malade se retira à la campagne, et c'est par hasard que M. Debove eut l'occasion de le voir. M. Debove ne constata aucune lésion pulmonaire et découvrit une hémianesthésie droite accompagnée de parésie du même côté. Les points de côté, la toux, la dyspnée et les vomissements étaient de nature hystérique comme l'hémianesthésie, les sueurs nocturnes étaient dues à l'inanition. Ce malade est aujourd'hui guéri.

Les cas de ce genre ne sont pas absolument rares.

M. Debove a observé aussi deux jeunes femmes hystériques chez lesquelles on avait porté à tort le diagnostic de phthisie pulmonaire et qui en effet, par le fait de l'hystérie, présentaient les symptômes habituels de cette maladie.

Une quatrième observation est celle d'un homme tour à tour paraplégique et hemiplégique, chez lequel on avait porté des diagnostics multiples : intoxication saturnine, tumeur cérébrale, lésion cérébrale, suite de traumatisme, et c'était encore un hystérique, d'après M. Debove, chez lequel les accidents hystériques se manifestèrent à la suite d'une plaie de tête et débutèrent par une attaque apoplectiforme.

M. Debove pose les conclusions suivantes :

1° L'hystérie est loin d'être rare chez l'homme.

2° Elle affecte souvent la forme de congestion pulmonaire et peut être prise pour de la tuberculose.

3° Elle peut débuter par une attaque apoplectiforme semblable à la congestion cérébrale.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

Ern. GAUCHER.

NÉCROLOGIE

Le Dr CHEBROU, de Niort, a été foudroyé par une attaque d'apoplexie le 13 novembre, en faisant une visite chez un malade. Le Dr Chebrou était adjoint au maire de Niort; il était très estimé de ses concitoyens qui l'avaient constamment nommé membre du conseil municipal depuis de longues années.

Un ophthalmologiste anglais des plus distingués, Georges CRITCHETT est mort le 1er novembre, à l'âge de 65 ans. Critchett était chirurgien du Royal London ophthalmic hospital et vice-président de la Société d'ophthalmologie du Royaume-Uni. Il a succombé à une hypertrophie de la prostate compliquée de cystite.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les différentes commissions des prix pour l'année 1881-1882 sont ainsi constituées :

Prix Corvisart : M. Lasègue, président; MM. Charcot, Hardy, Germain Sée et Ball, juges. — *Prix Montyon* : M. Vulpian, président; MM. Bouchard, Parrot, Hayem et Cornil, juges. — *Prix Barbier* : M. Richet, président; MM. Trélat, Panas, Verneuil et Le Fort, juges. — *Prix Châteauvillard* : M. Regnault, président; MM. Sappey, Baillon, Depaul et Gosselin, juges. — *Prix Lacaze* : M. Bouchardat, président; MM. Jaccoud, Cornil, Potain et Peter, juges. — *Prix des thèses* : M. Béclard, président; MM. Wurtz, Laboulbène, Duplay, Robin, Fournier, Brouardel, Pajot et Guyon, juges. — *Legs Trémont* : la Commission scolaire. — *Legs Barkow* : le Doyen.

— *Concours de l'agrégation en médecine.* — Le concours de l'agrégation en médecine commencera le 1er décembre. Le nombre des places est de 11 dont 4 pour la Faculté de médecine de Paris. Les juges sont ceux que nous avons déjà indiqués.

Les candidats, inscrits pour les quatre places de Paris, sont : MM. Martin, Barth, Artigalas, Dreyfus-Brisac, Cuffer, Robin, Oulmont, Déjérine, Hutinel, Ducastel, Hanot, Brissaud, Labadie-Lagrave, Ballet, Balzer, Dreyfous, Letulle, Quinquaud, Merklen, Blaise.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le Dr E. Chambard, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chef de clinique des maladies de la peau.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — *Commission du budget.* — Un crédit de 3,000 francs est inscrit à un art. 3 *bis* du chap. 13 du Budget spécial de la Préfecture de Police, sous la rubrique : Secours pharmaceutiques de nuit. (Séance du 14 novembre.)

CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — MM. Félix faure et Martin Nadaud ont déposé une proposition de loi sur l'hygiène industrielle.

Cette proposition a pour objet d'assurer la salubrité des établissements industriels et la sécurité des ouvriers dans les manufactures, fabriques, usines, chantiers et ateliers.

Des agents spéciaux pourvus du titre d'inspecteurs des fabriques seraient créés à l'effet d'assurer l'exécution des mesures qui seront prescrites par un règlement d'administration publique. Des pénalités spéciales seraient édictées contre les industriels qui voudraient se soustraire à ces prescriptions.

Cette proposition prévoit le cas où, après enquête, des travaux de sûreté, ou même la fermeture d'un établissement défectueux au point de vue de l'hygiène, pourraient être imposés aux industriels.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 4 novembre 1882, M. Judée (Charles-Martin-Marie), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

Hygiène publique. — Par arrêté préfectoral du 7 novembre, M. le docteur Worms est nommé membre de la Commission technique instituée par l'arrêté du 25 octobre 1882, à l'effet de rechercher le procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène.

Titres nobiliaires. — Un honorable confrère de la Vendée, le Dr Basque, voulant récompenser lui-même ses longs services dans le parti légitimiste de ce département, a jugé convenable de faire précéder son nom de la particule. Sa gloire a été de courte durée; le tribunal de la Roche-sur-Yon vient de lui infliger une amende de 20 francs pour usurpation de titre.

De Basque, d'ailleurs, le nom était peu ronflant et continuait à sentir la roture.

Avec la veste qu'il vient de remporter, notre confrère pourrait justement prendre le nom plus éclatant de *Basque d'habit*.

L'homœopathie. — A propos d'homœopathes, l'*Indépendance française* réédite une amusante anecdote :

Un jour, Hahnemann reçut la visite d'un riche lord, venu d'Angleterre pour le consulter, et, sans écouter les explications du malade, se mit à l'examiner pendant quelques instants, puis, lui passant un flacon sous le nez :

— Respirez ! dit-il. Bien. Vous êtes guéri.

L'Anglais, visiblement surpris, lui pose cette question :

— Combien vous dois-je ?

— Mille francs, répond le docteur.

L'insulaire, très calme, tire de sa poche un billet de cinquante livres, le passe sous le nez du docteur et dit :

— Respirez !... Bien !... Vous êtes payé.

Et il sortit avec dignité.

Bulletin de la mortalité *du* 9 *au* 15 novembre 1882. — Fièvre typhoïde, 120. — Variole, 6. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 38. — Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 77.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 51.

Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 47; au sein et mixte, 22; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 86; l'appareil circulatoire, 55; l'appareil respiratoire, 66; l'appareil digestif, 53; l'appareil génito-urinaire, 14; la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 2. — Nombres absolus de la semaine, 1002. Résultats de la semaine précédente : 1119.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, Suc' Im. p. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. — N° 60 — JEUDI 23 NOVEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 60. Jeudi 23 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 22 novembre 1882.

M. le professeur Hardy a pris la parole au début de la séance d'hier, pour combattre les opinions formulées par M. Hérard, il y a quinze jours, au sujet du traitement de la fièvre typhoïde. M. Hardy a vu, dans son propre service de la Charité, des malades traités par le sulfate de quinine à haute dose et il pense que cette médication est pleine de dangers. La température s'abaisse brusquement d'une façon très notable, mais cet abaissement ne correspond nullement à une amélioration de l'état morbide. D'autre part quatre malades, traités par ce procédé, sont morts brusquement ces temps derniers dans les hôpitaux de Paris; M. Hardy croit qu'il faut attribuer ces accidents au sulfate de quinine et ce grief est suffisant pour faire abandonner l'emploi de ce traitement à doses massives.

Le sulfate de quinine a pour but de combattre l'hyperthermie qui n'est qu'un symptôme. Depuis quelques années on se sert beaucoup du thermomètre et on néglige souvent de compter le pouls; c'est un :ort, car la comparaison des deux résultats donne un excellent signe liagnostique et pronostique. Au début de la fièvre typhoïde on trouve ın pouls peu fréquent avec une température relativement élevée; si, nversement, dans le cours de la maladie, le pouls est fréquent et la empérature assez basse, on doit craindre une issue fatale.

M. Hardy confirme les paroles prononcées dans l'avant-dernière éance par M. Dujardin-Beaumetz; il croit comme lui que le meilleur raitement de la fièvre typhoïde consiste dans l'expectation armée.

M. Hérard se défend d'avoir institué lui-même le traitement par ; sulfate de quinine; il s'est contenté de continuer la médication uivie dans ses salles lorsqu'il reprit son service à l'Hôtel-Dieu; cependant il pense que ce médicament, même à haute dose, est inoffensif t qu'il ne faut pas lui attribuer les cas de mort subite signalés par [. Hardy. Le sulfate de quinine chez ses malades était bien absorbé : M. Hérard a fait examiner pendant quinze jours les garde-robes ıns y retrouver aucun des cachets dans lesquels le sulfate de quinine ait été donné.

M. Legouest cite cependant un fait, observé par M. Millard et par i, dans lequel le malade rendait intacts les cachets qu'il avait ingés. Le même orateur ne croit pas que, chez les malades cités par . Hardy, le sulfate de quinine ait été la cause de la mort subite; ıns certaines épidémies la mort subite n'est pas rare, quelle ıe soit la médication suivie; par exemple un certain nombre de nos

soldats atteints de fièvre typhoïde sont morts brusquement au début de la campagne de Tunisie.

M. Dujardin-Beaumetz a observé dans cette épidémie plusieurs cas de mort subite et il rappelle combien peut différer le génie épidémique: ainsi il était rare depuis assez longtemps de voir des eschares au sacrum, tandis que M. Dujardin-Beaumetz en a observé d'assez nombreux cas ces temps derniers.

La discussion a été reportée à la prochaine séance. Plusieurs académiciens, M. Peter, M. Lancereaux, sont inscrits pour prendre la parole. Nous aurons ainsi une histoire complète de cette épidémie.

A. Ch.

Voracité entretenue chez une idiote épileptique par la présence d'un tænia. — Violente indigestion suivie d'hémorrhagie méningée sans pachyméningite. — Mort très rapide ayant éveillé un soupçon d'empoisonnement,

par M. Le Gendre.
Interne des hôpitaux.

Le 5 mai dernier, une idiote épileptique succombait presque subitement dans le service de M. Legrand du Saule à la Salpêtrière. C'était une fille de quinze ans, grande et vigoureuse, sur les antécédents de laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Elle avait eu dans la journée trois attaques convulsives de moyenne intensité, et, remise le soir, elle avait soupé en apparence comme d'ordinaire. Mais, au milieu de la nuit, elle avait attiré l'attention par les efforts de vomissement qu'elle faisait, sans qu'aucune matière alimentaire fut rejetée, puis elle s'était renversée entre les bras de la fille de service, la face violacée, les membres agités par quelques secousses convulsives; enfin, après s'être débattue plusieurs minutes, elle était demeurée inanimée, avant même que l'interne de garde appelé en toute hâte fût arrivé dans le dortoir situé dans le point le plus reculé de cet immense hospice.

Cette mort très rapide d'une épileptique vigoureuse, en dehors de l'état de mal, était si insolite que la surveillante du service conçut immédiatement des craintes d'empoisonnement. Elle se rappela en effet qu'on avait placé dans un coin du dortoir une pâtée contenant de la mort-aux-rats à l'intention des audacieux rongeurs qui pullulent dans les vieux bâtiments de la Salpêtrière, et la gloutonnerie bestiale de l'idiote ne rendait pas trop invraisemblable l'hypothèse qu'elle eût pu goûter à la pâtée arsenicale.

Voici d'ailleurs quelle était l'histoire médicale de la malade qui venait de mourir.

Eugénie B... était entrée en 1877, à l'âge de 11 ans, à la Salpêtrière.

dans la section Esquirol. M. Delasiauve, alors chargé du service, avait porté le diagnostic : épilepsie et idiotie. D'après les notes que j'ai relevées sur le registre des observations, la malade était à cette époque grande et forte pour son âge ; sa tête ne paraissait pas trop irrégulièrement conformée, bien que sa débilité mentale fût attestée dès le premier examen par un masque sans expression, par un regard hébété se portant au hasard dans toutes les directions et ne se fixant sur aucun objet.

Il fut impossible d'obtenir aucune réponse intelligente; les quelques mots qu'elle prononçait étaient mal articulés d'un ton pleurard. On put constater que les papilles étaient très dilatées, mais égales ; qu'il n'y avait pas de paralysie des muscles de l'œil, mais que la langue était légèrement déviée à gauche. Les membres n'étaient ni paralysés, ni contracturés.

Les renseignements fournis par la famille furent que l'enfant avait, dès les premiers temps de sa vie, semblé étrange : elle ne se remuait guère dans son berceau et ne riait jamais.

Elle ne fut pourtant pas malade avant l'âge de 8 mois ; elle eut alors pour la première fois des convulsions sans cause appréciable, et désormais tous les deux ou trois mois apparurent des accès convulsifs qui devinrent par la suite de plus en plus fréquents. L'enfant marcha fort tard et fut très longtemps sans prononcer de mots intelligibles. La mère ne pouvait attribuer, disait-elle, les accès épileptiques de sa fille qu'à une frayeur éprouvée pendant la grossesse; elle affirma que le père n'était pas ivrogne et nia, comme le font presque tous les parents, l'existence de maladies nerveuses ou cérébrales dans sa famille. Pourtant on ne saurait admettre un simple accident pour expliquer cette infériorité intellectuelle de la jeune fille ; elle a un frère cadet qui à l'âge de 8 ans marche à peine et ne parle pas encore.

De 1873 à 1882, elle eut une varioloïde, une ophthalmie, une pleurésie double et continua à présenter des attaques épileptiques.

Quand je la vis cette année avec mon excellent maître, M. Legrand du Saulle, son état était à peu près le même qu'à l'entrée. Pourtant le traitement bromurique avait un peu modéré l'intensité et diminué la fréquence de ses accès convulsifs; mais il était loin d'avoir agi avec l'efficacité qu'on lui connaît dans les cas d'épilepsie vraie. Je constatai que les pupilles étaient inégalement dilatées, qu'une des paupières étaient légèrement tombante et que la malade traînait un peu la jambe. La sensibilité cutanée était obtuse sur tous les points du corps. L'appareil circulatoire ne présentait rien d'anormal.

Eugénie B... était réglée, et ses attaques convulsives étaient plus fréquentes aux époques menstruelles. Les fonctions digestives n'a-

vaient pas cessé d'être en bon état, et même la gloutonnerie était extrême, on était obligé de surveiller de très près l'idiote pendant les repas pour l'empêcher de dévorer la part d'aliments de ses voisines.

Ce fut sur ces entrefaites que son décès survint presque subitement dans des conditions dont l'enchaînement assez insolite constitue le côté intéressant de l'observation.

Je pratiquai l'autopsie le 7 mai, et, dès l'ouverture de la cavité crânienne, j'eus l'explication de cette mort si rapide. Un épanchement sanguin très abondant s'étendait en nappe entre la dure-mère et l'arachnoïde, au niveau de la partie supérieure des lobes frontaux: le sang, noirâtre, était à peine coagulé et nullement enkysté; je ne pus trouver aucune trace de ces néo-membranes, vasculaires, stratifiées, adhérentes à la face interne de la dure-mère, qui ont été décrites dans la pachyméningite hémorrhagique.

L'arachnoïde, une fois lavée du sang qui la couvrait, présentait de larges taches ecchymotiques; tous les vaisseaux étaient gorgés de sang, mais je ne pus voir par lequel l'hémorrhagie s'était faite. De distance en distance, des opacités laiteuses, au niveau desquelles l'arachnoïde et la pie-mère adhéraient à la substance corticale indurée elle-même en ces points, attestaient un travail sclérosique ancien. Les deux hémisphères étaient soudés entre eux par leur face interne à la partie antérieure. Dans l'encéphale coupé par tranches, je ne constatai rien de particulier. Cerveau, bulbe, protubérance et cervelet pesaient ensemble 1150 grammes.

Je connaissais donc la cause immédiate et déterminante de la mort; mais il me restait à expliquer sous l'influence de quelle cause occasionnelle s'était produite cette hémorrhagie méningée mortelle. Ne pouvant invoquer ni traumatisme du crâne, ni accès convulsifs subintrants, je passai en revue les viscères thoraciques. Les poumons, légèrement congestionnés, étaient indemnes de tubercules: les plèvres ne contenaient qu'une quantité minime de sérosité et d'anciennes adhérences. Le cœur était sain, sans lésions d'orifices: le péricarde et l'aorte ne présentaient rien d'anormal; les branches de l'artère pulmonaire étaient perméables.

Mais l'examen de la cavité abdominale vint me fournir l'explication que je cherchais. L'estomac, dilaté au maximum, en occupait la plus grande partie; il contenait *un kilogramme de lentilles non digérées*, agglomérées en une masse presque solide que le suc gastrique n'avait en aucune manière modifiée; ce bloc alimentaire enlevé, je trouvai la muqueuse saine.

Enfin, l'ouverture de l'intestin fit apparaître *plusieurs mètres de tænia.*

Dèslors, je crus pouvoir rétablir dans l'ordre suivant la filiation

des faits pathologiques. Par suite d'une méningo-périencéphalite chronique remontant sans doute aux premières années de la vie et à laquelle étaient imputables l'arrêt de développement intellectuel, les phénomènes parétiques et épileptiformes, les méninges étaient le siège d'un état congestif habituel. L'existence de l'helminthe expliquait la voracité ; enfin l'indigestion résultant de la présence dans l'estomac d'une masse alimentaire aussi compacte et les efforts inutiles de vomissement avaient favorisé la production de l'hémorrhagie sus-arachnoïdienne.

Il m'a semblé que cet enchaînement de circonstances était assez exceptionnel pour offrir un certain intérêt clinique, peut-être même médico-légal, et méritait à ce titre d'occuper quelques instants l'attention de la Société clinique.

Note sur le psoriasis des muqueuses et surtout sur le psoriasis lingual (1),

Par le Dr T. Barthélemy.

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Le psoriasis peut se localiser; quant cette localisation est *exclusive*, elle peut donner à l'affection un aspect tout spécial et rendre le diagnostic fort délicat ainsi qu'il arrive pour le psoriasis limité aux ongles, au cuir chevelu, aux régions palmaires et plantaires, aux organes génitaux, à la face, aux lèvres, à la bouche et même à la langue. Le plus souvent le psoriasis aborde les muqueuses *par propagation;* peu à peu il passe de la peau aux muqueuses des grandes lèvres et du pubis, par exemple, à la vulve, ou du fourreau pénien au gland. Il peut se présenter sous la forme habituelle de papules isolées ou d'éléments éruptifs disposés en cercles; le diagnostic ne peut rester hésitant qu'un instant entre le psoriasis et les syphilides papuleuses ou papulo-circinées ; car la coloration, les squames, l'aspect *tache de bougie*, ou l'éclat micacé mis en relief par le grattage ainsi que la marche de la lésion ne tarderont pas à lever toute difficulté.

Mais il n'en est pas toujours de même. C'est ainsi que nous avons vu une vaste éruption psoriasique envahir la vulve. (Voir, à propos de la vulvite dartreuse psoriasique et eczémateuse, le « *Traité des affections de l'utérus* », de Martineau, (t. 1, p. 18 à 22, rédigé par Barthélemy). Cette muqueuse était peu douloureuse, peu suintante, tuméfiée, épaissie, résistante, sans élasticité ni souplesse; on eût dit qu'elle était recouverte d'un *parchemin;* sa couleur était rouge, mais

(1) Extrait du Traité pratique des maladies de la peau, par le Dr L. Duhring, traduit de l'anglais et annoté par les Drs Barthélemy et Colson, qui paraît ces jours-ci à la librairie G. Masson.

d'un rouge rose, légèrement violacé ; cette teinte était due à une couche épithéliale très mince qui tapissait la muqueuse et qui *glaçait* pour ainsi dire la lésion. Celle-ci fut très tenace. Il est certain que si l'on n'avait pas assisté à toute l'évolution morbide, il eût été fort difficile de décider si l'on avait affaire à un psoriasis ou bien à un eczéma.

Pour les auteurs qui considèrent le psoriasis comme une *affection exclusivement cutanée*, ces propagations sont considérées comme des manifestations eczémateuses, non comme des poussées psoriasiques. On peut admettre encore que les téguments du gland et des lèvres sont plutôt cutanés que muqueux. Cependant, même en considérant le psoriasis comme une affection purement locale, on ne voit pas pourquoi une affection spéciale à la peau ne pourrait attéindre les muqueuses, puisqu'au point de vue histologique les téguments cutanés et muqueux ne présentent pour ainsi dire pas de différence.

Toutefois nous avons déjà dit que *le psoriasis de la muqueuse bucco-linguale* présentait des particularités toutes spéciales. Comme le dit très bien Lailler, cette variété si intéressante de psoriasis est encore à l'étude et l'on n'est pas encore complètement fixé sur cette affection, malgré les travaux de Bazin (1868), Debove, (1875) etc. Fairlie Clarke le premier a fait remarquer que la description admise par les auteurs français comprenait des affections très différentes. « Si l'on se reporte, dit-il, à la description du psoriasis de la peau, on voit que cette affection est caractérisée par une altération de la nutrition des couches épithéliales; que la maladie ne s'avance guère plus profondément que les papilles ; que le résultat est une desquamation de l'épiderme qui se détache en écailles et laisse sous ces squames des plaques rouges ». Comme Clarke, Tilbury Fox pense qu'il n'existe qu'un petit nombre d'altérations de la langue qui répondent au type psoriasique : plaques blanchâtres, opalescentes, un peu épaisses : on dirait, et ceci est très exact, que le point a été touché au nitrate d'argent; puis desquamation, et enfin, surface rouge qui disparaît sans laisser de trace. Clarke fait remarquer de plus que, contrairement aux conclusions de Debove, le *véritable psoriasis lingual ne se transforme en rien de plus grave;* il reste toujours psoriasis, comme le psoriaris de la peau, contrairement aux cas que Clarke décrit sous le nom de *tylose*, contrairement aussi aux cas de Trélat (*Soc. de chir.* 1875) qui pour Lailler ne sont pas du psoriasis, mais des tyloses ayant subi la *dégénérescence épithéliomateuse.* On peut en dire autant des cas de *psoriasis* vulvaire aboutissant à l'épithélioma (Jouin, Soc. clinique, mai 1882). La question en était là et ne satisfaisait pas les observateurs.

Gubler (Dict. Encyclop. article BOUCHE, 1869), Bridou (Thèse de Paris, 1872) Vanlair, de Liège (*Revue mensuelle* 1880), Caspary, de

Kœnigsberg (Ueber fluchtige gutartige Plaques der Jungenscleimhaut, 1880) et enfin, Gautier, (Georg. éditeur, Genève 1882) attirèrent de nouveau l'attention sur les diverses affections de la langue, encore si peu connues, comme Fournier l'a fait, en 1877, pour les glossites tertiaires scléreuses ou scléro-gommeuses. Telles sont les principales et récentes publications qu'il faut consulter pour connaître à ce sujet l'état actuel de la science. C'est dans l'opuscule de Gautier que nous trouvons les renseignements bibliographiques suivants. La première mention de la *desquamation de la langue* se trouve dans le traité des *Maladies de la peau* de Rayer (1831). Le sujet est exposé en quelques lignes sous le nom de *pityriasis lingual*. En 1851, Muller, de Kœnigsberg, puis Betz, en 1853, publient des observations, sous les noms le premier, d'*excoriation linguale*, le second de pityriasis. En 1854, Santlus décrit l'*intertrigo de la langue*. En 1864, Bergeron (*Union méd.*) fait à la Soc. méd. des Hôpitaux une communication *sur les dessins à contours irréguliers, semblables à des cartes géographiques, qui se montrent sur la langue;* il est le premier, dit Gautier, qui distingue deux formes de l'affection, la forme à découpures nettes et la forme à contours épais (festonnés). Gubler (*loc. cit.*) compare l'aspect des gauffrures de la muqueuse à celui de certains lichens végétaux; il signale l'*état lichénoïde* de la langue et présume que l'affection est de nature parasitaire.

En 1872, Bridou fait sa thèse *sur une affection innominée de la muqueuse linguale*; c'est, dit Gautier, le travail le plus important sur ce sujet; il renferme, outre la plupart des citations précédentes, des communications orales dues à Barthez, Bergeron, Lailler, Archambault. Ce n'est qu'à la dernière page de son travail que Bridou hasarde à son tour une dénomination nouvelle: *état tigré de la langue.*

En 1878, Gauthier, au congrès médical de Genève, établit un rapprochement entre l'exfoliation de la muqueuse utérine, la *desquamation épithéliale de la langue* et l'ichthyose cutanée.

En 1880, Vanlair publie trois observations de lichénoïde lingual et croit, comme Gubler, à un parasite.

C'est la même année que Caspary se livre à l'étude des *plaques fugitives et bénignes*, ou de bonne nature, de la muqueuse linguale.

En 1881, Parrot fait, à l'hôpital des enfants, une leçon clinique sur l'*affection desquamative de la langue* qu'il attribue, à tort, à la syphilis. En 1881 aussi paraît le mémoire de Unna sur la *desquamation en aires de la paume de la main et de la langue* (exfoliatio areata, Kreisfleakige exfoliation) (*Vierteljahreschrift für Dermat. und Syph.*, 2 et 3 H; 1881). Ce mémoire contient sur la nature et sur l'étiologie de ces affections de la langue des idées très intéressantes et des vues très originales; il insiste sur ce fait qu'il n'y a aucune

relation entre la desquamation en aires et la syphilis. Le traitement spécifique n'atténue ni ne diminue l'affection.

Unna cite parmi les causes déterminantes : l'anémie, les troubles gastriques, la menstruation et, chez les enfants, la dentition; car, jusqu'à plus ample informé, il ne croit pas à l'origine congénitale de la desquamation linguale. Il en conclut que, comme la pelade *tinea areata Celsi*) la *desquama tieareata* est une *trophonévrose*, et qu'elle appartient à la classe des *neurodermatoses*, avec marche acyclique, d'Auspitz. Il se résume (*An. de Dermat.* 1882, p. 66. *Anal.* par Merklen), ainsi qu'il suit :

La desquamation en aires de la langue est une affection épithéliale, bénigne, indolente, caractérisée par des taches circulaires qui rappellent par leur aspect une carte géographique (*langue géographique* de Bergeron, *langue scrotale* des Lyonnais), se développant sous l'influence d'irritations nerveuses, par poussées aiguës, affection du reste essentiellement chronique, n'atteignant que les couches superficielles de l'épiderme et respectant le chorion de la muqueuse.

Les *aphthes* intéressent plus profondément la muqueuse, s'accompagnent de douleur et siègent non seulement sur la langue, mais en différents points de la bouche.

Quant aux érosions simples, à la leucoglossie (leucoplakia), il ne peut y avoir confusion; on doit signaler aussi, pour y prendre garde, ces *desquamations irrégulières*, étendues, atypiques, sans forme circulaire, sans bords particuliers, aboutissant rapidement à une chute et à une régénération de l'épithélium lingual, lésions qui succèdent aux *troubles digestifs légers.*

Unna ajoute ces considérations intéressantes : seuls l'épithélium lingual et l'épithélium de la paume de la main présentent cette grande tendance à la desquamation. Or, ce sont les régions les plus riches en éléments nerveux sensitifs et nulle part il n'existe un épithélium aussi épais : l'épaisseur de l'épithélium rend très apparentes les desquamations partielles qui passeraient inaperçues dans d'autres régions ; les troubles trophiques réflexes sont naturellement plus fréquents dans des points aussi richement pourvus de nerfs.

Unna s'est bien trouvé contre la desquamation en aires des préparations sulfureuses, des astringents, qui font disparaître les taches, et des toniques qui les empêchent de reparaître. Contre les cas rebelles, il emploie les courants continus.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *novembre* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE manuscrite comprend une lettre de M. Hardy, candidat dans la section de physique et de chimie ; un mémoire manuscrit et accompagné d'une simple devise intitulé : *Du traitement rationnel dans les fièvres exanthématiques putrides*, envoyé pour le prix Desportes.

M. Depaul soumet à l'Académie, de la part de M. le Dr Triel, de Tours, un bout de sein et une pompe à sein.

M. Gariel présente, de la part de M. Bay, de nouvelles aiguilles à électro-puncture.

M. Oulmont présente, de la part de M. le Dr Calvet, un stéthoscope à tube flexible et à ventouse centrale.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — *M. Henri Gueneau de Mussy*, L'eau souillée de matières fécales est un des plus puissants véhicules de la fièvre qui sévit encore. L'orateur insiste principalement sur les nombreuses impuretés de l'eau du canal de l'Ourcq. Cette eau est distribuée à Paris à plus de six cent mille habitants; souvent elle est distribuée de même aux habitants abonnés à l'eau de la Vanne ou de la Dhuys, lorsque l'eau de ces rivières devient insuffisante.

Le meilleur moyen d'éviter les impuretés de l'eau est de ne boire que de l'eau soumise pendant quelque temps à l'ébullition et aérée ensuite par le battage.

Les villes d'Europe mieux partagées que Paris, au point de vue de la qualité de l'eau, voient diminuer constamment le chiffre de la mortalité par la fièvre typhoïde qui au contraire augmente à Paris.

M. Hardy veut surtout parler du traitement de la fièvre typhoïde. Il y a quinze jours, M. Hérard s'est fait l'éditeur responsable de certaines médications énergiques de la fièvre typhoïde. M. Hardy a le regret d'être en complet désaccord avec son collègue à ce sujet. Les médications proposées par M. Hérard peuvent avoir de graves inconvénients, comme M. Hardy va en citer quelques exemples.

En reprenant son service à la Charité, le 3 novembre, M. Hardy trouva une femme chez laquelle la température avait baissé depuis la veille de 41° à 36°,6. Cette femme, depuis deux jours à l'hôpital, prenait chaque jour deux grammes de sulfate de quinine et 1 gr. 50 cent. d'acide phénique. Le soir, la température était tombée à 36°,2. Cette chute de la température était loin de coïncider avec une amélioration de l'état morbide ; cependant la malade a fini par guérir.

Une autre femme, qui depuis deux jours prenait quotidiennement deux grammes de sulfate de quinine, mourut subitement. Trois autres cas de mort subite ont été observés dans les hôpitaux de Paris chez

des malades qui prenaient du sulfate de quinine à haute dose. La mort subite peut se montrer dans la fièvre typhoïde, mais c'est là un accident excessivement rare, tandis qu'en voilà quatre cas en très peu de temps dans les hôpitaux. D'autre part, les cas de mort subite chez des malades atteints d'affections quelconques et prenant du sulfate de quinine à haute dose ne sont pas très rares. C'est donc là. contre l'emploi du sulfate de quinine à dose massive, une objection capitale. Sur six malades soignés par le sulfate de quinine M. Hébrard en a perdu un, la statistique n'est donc pas très belle.

A la Charité, sur les malades entrés pour la fièvre typhoïde dans les mois d'août, septembre et octobre, il y a eu 14 pour 100 de mortalité. M. Desnos a perdu moins de 9 pour 100 de ses malades en donnant le traitement ordinaire.

En un an, du 1er octobre 1881 au 1er octobre 1882, sur 38 malades soignés à l'hôpital de la Charité, M. Hardy n'en a perdu que 2, en les traitant par le traitement classique.

L'hyperthermie est peu importante pourvu qu'elle ne soit pas en relation avec une augmentation correspondante de la fréquence du pouls. Mais aujourd'hui on ne compte plus le pouls. Le thermomètre a détrôné la montre, c'est un tort, il faut consulter les deux instruments.

Dans la fièvre typhoïde, la fréquence du pouls est bien moindre que la température n'est élevée. C'est même là pour M. Hardy un signe diagnostique et pronostique. Si, dans un état fébrile encore mal déterminé, la température est élevée et le pouls peu fréquent, on peut affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde. D'autre part, si le pouls est fréquent et si la température est peu élevée, le pronostic est grave. Il ne faut donc pas se borner à des médications dirigées contre l'hyperthermie, surtout quand ces médications ne sont pas sans danger.

M. Hardy espère que l'on verra bientôt que la meilleure médication est la médication classique, celle qui nous a été léguée par nos maîtres et que M. Dujardin-Beaumetz a justement appelée l'expectation armée.

M. Hérard n'a fait que continuer la médication quinique instituée dans son service pendant son absence. Il est donc tout à fait désintéressé pour en parler. Cette médication, d'ailleurs, n'est pas tout à fait nouvelle ; elle a déjà été essayée par plusieurs médecins et elle paraît avoir donné d'excellents résultats, sans présenter d'autre part aucun inconvénient. L'orateur n'est pas convaincu que, dans les cas cités par M. Hardy, la mort ait été causée par le sulfate de quinine.

M. Hérard ne saurait accepter le dilemme posé par M. Dujardin-Beaumetz : que le médicament n'est pas absorbé, ou que, s'il est ab-

sorbé, il est toxique. Il ne croit pas que les médicaments donnés dans le pain à chanter, dans les cachets, puissent traverser l'anus sans avoir été absorbés. Enfin il faudrait de nouvelles preuves plus démonstratives de la toxicité de ce médicament.

La médication par l'acide salicylique peut être conseillée dans certains cas de fièvre typhoïde. M. Hérard n'est pas aussi confiant que M. Hardy au sujet de l'hyperthermie et il croit qu'il ne faut pas négliger les médicaments qui peuvent la diminuer. Il donne l'acide phénique en lavement à très petite dose ; les doses de 6 à 8 gram., proposées par M. Desplats, peuvent être désastreuses. M. Hérard ne dépasse pas 20 ou 25 centigrammes pour un lavement.

L'acide phénique offre plusieurs avantages, c'est un antiseptique local, un antizymotique, un antipyrétique.

M. Legouest a été heureux de voir M. Hardy vanter le traitement classique dans la fièvre typhoïde; il ne croit pas cependant que le sulfate de quinine offre les inconvénients qui ont été signalés. Il y a des épidémies dans lesquelles les cas de mort subite sont fréquents ; ainsi, de nombreux cas de mort subite ont été observés chez les soldats atteints de fièvre typhoïde au début de la campagne de Tunisie.

M. Hérard a nié ce fait que les médicaments donnés dans des cachets de pain à chanter pussent traverser l'intestin sans être absorbés; or, M. Legouest cite le fait d'un malade soigné par M. Millard et dans les garde-robes duquel on retrouvait les cachets qu'il avait ingérés.

M. Dujardin-Beaumetz pense, comme M. Legendre et M. Hérard, que le sulfate de quinine n'a pas été la cause de la mort subite dans les cas signalés par M. Hardy. Dans cette épidémie les cas de mort subite n'ont pas été rares.

M. Beaumetz pense que lorsque le sulfate de quinine, à une dose supérieure à 2 grammes, ne provoque pas de bourdonnements d'oreilles, c'est qu'il n'est pas absorbé.

L'hyperthermie n'est qu'une manifestation, un symptôme de la gravité de la maladie. Ne s'adresser qu'à ce symptôme, c'est laisser de côté la maladie elle-même.

Dans les épidémies, il existe toujours une inconnue qui caractérise le génie morbide. Ainsi, dans cette épidémie, M. Dujardin-Beaumetz a observé de nombreux cas d'escharre du sacrum alors qu'il n'avait pas observé ce fait depuis longtemps. Les statistiques dans les maladies ne peuvent donc servir à rien, parce qu'il y a telles ou telles circonstances qui font qu'à certaines époques de l'année telle maladie est bénigne alors qu'à une autre époque elle sera grave.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

NOUVELLES

École de médecine de Marseille. — Par décret en date du 15 novembre 1882, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, la chaire de gynécologie de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille est transformée en chaire d'histologie.

Exercice des professions de médecin et de pharmacien en Belgique; diplômes étrangers.—L'exercice des professions de médecin et de pharmacien est, en principe, réservé aux praticiens qui ont obtenu leur diplôme en Belgique. Toutefois, une loi du 20 mai 1876 dispose que le gouvernement pourra accorder des dispenses aux Belges et aux étrangers munis d'un diplôme de docteur ou de pharmacien délivré dans un autre pays, et qui serait enregistré, à cet effet, par une commission dite d'entérinement.

La dispense ne peut d'ailleurs être conférée à des gradués qui ne justifieraient pas de leur aptitude à exercer à la fois comme médecin, comme chirurgien et comme accoucheur. Ils peuvent, dans tous les cas, être astreints à subir devant le jury ordinaire de doctorat un examen spécial portant sur les matières qui ne feraient pas partie de l'enseignement dans l'établissement étranger qui leur a délivré leur diplôme.

Des prescriptions de détail, destinées à assurer l'exécution de ces dispositions légales, ont été édictées par un arrêté royal à la date du 26 juin 1882.

Ce règlement porte notamment que toute demande de dispense devra être accompagnée : 1° du diplôme constatant l'obtention du grade de docteur ou de pharmacien; 2° du diplôme délivré par le jury d'Etat, si celui-ci existe dans le pays d'origine; 3° d'une attestation émanant du gouvernement étranger et constatant que les titres produits donnent le droit d'exercer dans toute l'étendue du pays. — Tout pharmacien devra en outre justifier qu'il a fait deux années de stage dans une officine.

L'examen de la commission d'entérinement portera notamment sur : 1° la durée respective des études médicales et pharmaceutiques en Belgique et dans l'établissement étranger; 2° les programmes des matières enseignées et leur équivalence au point de vue scientifique; 3° la nature des épreuves subies. — Si la commission estime que l'enseignement reçu présente une lacune véritable, elle déterminera les matières sur lesquelles le docteur ou le pharmacien devra subir un examen complémentaire.

Le ministre de l'instruction publique statuera définitivement sur toute demande de dispense. (Ministère de l'intérieur. — *Revue générale d'administration*).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. Parent, A. Davy, Succ. Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 61 SAMEDI 25 NOVEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 61. Samedi 25 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

La pleurésie dans les maladies du cœur,

par le Dr BUCQUOY,

Membre de l'Académie de médecine, agrégé de la Faculté,
Médecin de l'hôpital Cochin.

Il est de notion vulgaire que, parmi les complications des maladies du cœur, l'une des plus ordinaires à une période avancée de ces maladies est le développement des hydropisies.

Leur première manifestation s'observe aux extrémités inférieures dont le tissu cellulaire sous-cutané s'infiltre de sérosité. Puis une certaine quantité de liquide se dépose également dans la cavité péritonéale, de sorte qu'au bout d'un certain temps, aux signes de l'œdème des membres inférieurs, s'ajoutent ceux de l'ascite.

D'autres cavités séreuses peuvent encore être envahies, et, par ordre de fréquence, il faut mettre en première ligne la cavité pleurale. Ces épanchements de sérosité sont désignés sous le nom d'*hydrothorax*.

Cette dénomination indique évidemment qu'il ne peut être question dans ces cas que d'épanchements purement séreux auxquels l'inflammation est étrangère. Aussi est-il enseigné partout que l'hydrothorax a des caractères distincts de ceux de la pleurésie aiguë simple, celle-ci étant presque toujours unilatérale, l'hydrothorax au contraire occupant ordinairement les deux cavités pleurales et étant par conséquent double.

Il est facile de comprendre, en effet, que si l'hydrothorax n'est qu'une simple transsudation de la sérosité à travers la plèvre, comme elle se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané, la symétrie observée dans l'œdème des membres doit s'observer également dans les épanchements pleuraux reconnaissant la même origine. Cette symétrie se rencontre effectivement, ce qui ne veut pas dire que toujours les épanchements auront le même volume de l'un et de l'autre côté : diverses circonstances, le décubitus spécialement, peuvent en favoriser le développement plus d'un côté que de l'autre.

L'hydrothorax, tel qu'il est compris par les auteurs classiques, est une complication qui survient dans les maladies cardiaques, comme elle survient dans toutes les cachexies où domine l'hydropisie. Cette complication est tardive. Elle tire son principal intérêt de la part qu'elle prend à l'aggravation de la maladie ; elle en précipite généralement le dénoûment. Trop peu considérable cependant pour donner lieu à des indications thérapeutiques spéciales, l'épanchement

double de la plèvre s'efface en quelque sorte au milieu des phénomènes autrement sérieux qui l'ont précédé et qui en ont provoqué le développement.

J'ajouterai, en outre, que cette complication est rare. Cette proposition peut surprendre avec l'idée qu'on se fait souvent de l'hydrothorax. On reconnaîtra, au contraire, qu'elle est très exacte si on sait distinguer les hydrothorax, c'est-à-dire les épanchements purement séreux, de ceux qui se circonscrivent dans l'une des plèvres et reconnaissent une origine inflammatoire.

Mon but dans ce travail est de tâcher de faire cesser la confusion qui me paraît subsister encore entre ces deux ordres de faits cliniques. Qu'on ne croie pas que je cherche à établir ici des distinctions subtiles. Autre chose est la simple extension aux plèvres d'une hydropisie plus ou moins généralisée, autre chose est la pleurésie survenant comme complication dans le cours de la cachexie cardiaque. Quoique naissant dans des conditions semblables, les pleurésies secondaires et l'hydrothorax ne reconnaissent ni les mêmes causes, ni la même pathogénie. Les premières sont beaucoup plus fréquentes et leurs caractères parfaitement distincts, tant sous le rapport de la séméiologie que de la symptomatologie. Les différences s'accusent encore davantage lorsqu'on a égard à leur terminaison : tandis que l'hydrothorax est le phénomène ultime de la maladie, l'épanchement pleurétique, malgré les conditions fâcheuses dans lesquelles il se développe, est susceptible de guérison et fournit même au médecin des médications spéciales qu'il ne trouverait pas à satisfaire dans l'autre cas. Ce sont là les points principaux que je veux chercher à établir.

Ce simple exposé suffit pour montrer que cette question de la pleurésie secondaire des maladies de cœur n'est pas dépourvue d'intérêt et que, tout en étant un très petit chapitre de l'histoire des complications de ces maladies, son importance pratique justifie le développement que j'ai cru devoir lui donner.

Les occasions ne sont que trop fréquentes de pouvoir assister à l'évolution lente et progressive des phénomènes qui se manifestent dans le cours de la cachexie cardiaque. Parmi les accidents les plus communs, nous signalerons les complications survenant du côté des organes respiratoires.

En premier lieu, il faut placer la congestion œdémateuse des poumons. Parfois elle n'est que passagère ; d'autres fois plus ou moins persistante. Elle est annoncée par de la toux sèche, une augmentation de la dyspnée, et même par un léger degré de cyanose. Les signes qui la font reconnaître sont un peu de diminution de la sonorité thoracique et la présence de râles sous-crépitants, presque toujours assez humides et plus ou moins abondants, observés dans les

parties déclives, en arrière et en bas de la poitrine, siége ordinaire de ces congestions. Gendrin attribuait une grande importance à cet œdème des poumons dans les maladies du cœur qui, d'après lui, apparaît même avant l'œdème des extrémités inférieures et serait par conséquent l'un des premiers symptômes du début de la cachexie cardiaque.

Les symptômes pulmonaires, dyspnée, toux, etc..., qui appellent l'attention sur l'état des organes respiratoires, font quelquefois reconnaître en même temps des signes non imputables au simple œdème du poumon.

Dans l'un des côtés de la poitrine, et c'est plus souvent du côté droit que du côté gauche, on ne trouve pas seulement la sonorité obscurcie, mais complètement abolie dans une certaine étendue. Dans la partie correspondante, les vibrations thoraciques sont diminuées ou même ne sont plus perçues. L'auscultation indique une absence plus ou moins complète du murmure vésiculaire, un bruit de souffle voilé, la toux comme étouffée et un timbre broncho-égophonique ou égophonique de la voix. Rien de semblable du côté opposé, où l'on n'entend que les râles humides et sous-crépitants de la congestion œdémateuse du poumon.

Ce tableau est la reproduction fidèle de faits très ordinaires et que chacun, par conséquent, peut observer à tout instant. Leur interprétation est facile, car les signes indiqués sont ceux de la pleurésie, ce qui signifie qu'à la congestion œdémateuse des poumons est venu s'ajouter un certain degré d'épanchement dans la plèvre. Seulement, où certains médecins prononceront le mot de pleurésie, d'autres, se fondant sur les circonstances qui ont provoqué cette complication, diront que c'est de l'hydrothorax. De quel côté est la vérité ?

Pour établir une distinction véritablement fondée entre l'hydrothorax et l'épanchement pleurétique, il faut en chercher les éléments dans la nature différente des deux affections qui appartiennent, l'une aux hydropisies simples, l'autre aux phlegmasies séreuses.

Nous avons déjà indiqué un des caractères distinctifs les plus importants, le dépôt de sérosité des deux côtés de la poitrine dans l'hydrothorax, l'épanchement étant et restant unilatéral dans la pleurésie. L'envahissement des deux plèvres, dans le premier cas, est la conséquence de la gêne de la circulation centrale et de la dyscrasie cardiaque; l'inflammation, au contraire, ne frappant ordinairement qu'une des deux plèvres, l'épanchement pleurétique reste nécessairement limité à un seul côté. Pour qu'un hydrothorax fût unilatéral, il faudrait qu'il eût comme cause déterminante quelque chose de local, comme une tumeur du médiastin, par exemple, qui exercerait d'un côté seulement une gêne mécanique dans la circulation des veines pulmonaires et thoraciques.

Note sur le psoriasis des muqueuses et surtout sur le psoriasis lingual (*Suite et fin*). (1),

Par le Dr T. BARTHÉLEMY.

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Gautier (*loc. cit.*) insiste sur ce fait que les classiques et même les mémoires relatifs au psoriasis lingual (Debove, Nédopil, Schwimmer, Mauriac) sont muets sur la desquamation épithéliale. Il ne l'a trouvé signalée qne dans le traité des *Maladies des enfants* de Gerhardt, par Bohn, de Kœnigsberg. Gautier distingue trois formes dans l'affection décrite par Gubler, Bridou, Unna et Vanlair et les compare entre elles. La première est la desquamation *géographique*; la deuxième est la desquamation *festonnée* (celle de Bridou); la troisième est la desquamation *lichénoïde* (celle de Vanlair). Leurs principaux caractères sont les suivants :

Le siège habituel, mais non constant, des taches desquamatives sur les bords de la langue; leur couleur bleuâtre ou grisâtre (1re forme), quelquefois d'un blanc d'argent un peu jaune (2e forme), leurs dessins gyroïdes (2e forme) se modifiant chaque jour, s'entrecroisant en tous sens ; leur indolence ; leurs bords surélevés (1re forme), qui sont constitués par de l'épithélium tuméfié, moins altéré que celui du centre, ayant par conséquent moins de tendance à se détacher de la muqueuse ; leur mode de propagation (2e et 3e formes) qui, contrairement à la marche des lésions parasitaires, n'est jamais excentrique, mais qui est dû à la confluence de petites taches simultanées et voisines ; leur rapidité de développement et de disparition ; leur dissémination sur plusieurs points de la langue, toujours avec la même forme et des dimensions toujours peu considérables. Il nous apprend qu'elles (1re forme) durent de trois à quatre semaines pour se renouveler régulièrement à trois ou quatre semaines d'intervalle ; c'est donc une (1re forme) affection essentiellement chronique, bien qu'elle puisse être observée à l'état aigu, transitoire, dans le cours des maladies aiguës.

Gautier fait remarquer ensuite que les deux premières formes s'observent plus fréquemment chez l'enfant, la troisième chez l'adulte, et notamment chez les gens débilités. C'est à la cachexie qu'il fait jouer le principal rôle (dyspepsie, hystérie, tuberculose, excès, veilles, vers). La syphilis, invoquée par Parrot, n'agirait, pour Gautier, que comme cause dépressive. La non-contagiosité de l'affection, l'impuissance du traitement spécifique, comme aussi l'existence de la desquamation linguale chez des enfants certainement indemnes de sy-

(1) Voir *France médicale*, n° 60.

philis sont des arguments irréfutables contre la nature syphilitique de cette lésion. (Voir au musée pièce n° 338, col. part. de Fournier.)

Si nous avons insisté aussi longuement sur cette question, c'est qu'elle est toute d'actualité ; c'est que, d'autre part, comme les glossites syphilitiques, la desquamation épithéliale ou la glossite cachectique a été longtemps confondue avec la glossite psoriasique.

De même, il faut bien en distinguer encore les *aphthes* pour les raisons énumérées plus haut ; les *plaques laiteuses* des commissures latérales, de la face interne des lèvres et de la surface de la langue, que l'on observe chez les fumeurs (plaques opalines, glossite nicotique) ; la *leucoglossie*, dont la cause est encore mal connue ; les affections épithéliales susceptibles de dégénérescences ; les véritables glossites superficielles et desquamatives (*en prairie fauchée*) d'origine syphilitique (plaques lisses et plaques opalines secondaires); la *desquamation ichthyosique* qui est plus fréquente qu'on ne le croit généralement et qui coïncide avec l'ichthyose cutanée ; et enfin l'eczéma lingual (v. page 243).

Si l'on rejette avec soin toutes ces affections du cadre des glossites psoriasiques, on verra que celles-ci sont en réalité fort peu communes, relativement surtout au nombre considérable de psoriasiques que l'on observe. Et l'on restera toujours frappé de l'extrême rareté de la coïncidence d'un psoriasis lingual et d'un psoriasis cutané. Toutefois, il faut bien savoir que l'existence du psoriasis *lingual n'est pas douteuse* ; on peut en voir de très remarquables moulages au musée de l'hôpital Saint-Louis (pièces n°s 118,153).

D'ailleurs cette affection est extrêmement rebelle et nous ne l'avons jamais vue céder ni aux émollients, ni aux astringents, ni aux caustiques, ni aux modificateurs généraux. Voici toutefois le traitement qu'on s'accorde à prescrire en France :

Douches de vapeur ou pulvérisations émollientes tièdes dans la bouche, tous les matins.

Toucher les points malades, suivant l'acuité des lésions, avec le glycérolé de tannin, la glycérine iodée au sixième, la teinture d'iode pure, le crayon de nitrate d'argent, ou l'acide chlorhydrique, suivant la ténacité.

Gargariser fréquemment avec une infusion de guimauve et de pavot ; puis avec les solutions de tannin, les solutions légères de borate de soude, ou d'acide phénique (au centième).

Enfin prendre à l'intérieur les solutions alcalines pendant un mois et les solutions arsenicales pendant un autre mois, alternativement.

Il faut aussi avoir bien soin d'éviter toutes les excitations locales (mets épicés, poivre, vinaigre, alcool, et surtout tabac).

THÉRAPEUTIQUE

—

Eau purgative de Rubinat.

De toutes les eaux minérales, l'eau de Rubinat, étant celle qui purge le mieux sous le plus petit volume, a conquis la faveur du public. Mérite-t-elle la confiance des médecins ?

Voici quelques renseignements propres à résoudre cette question:

L'eau de Rubinat appartient à la grande famille des eaux Pyrénéennes. Elle jaillit à quelques kilomètres de la frontière française, dans le village espagnol dont elle porte le nom, au nord de la province de Lerida. La source, située au centre d'une vallée pittoresque, émerge dans une galerie creusée au-dessus du *torrent salé*, au milieu de terrains formés de bancs de gypse, de marne et de calcaire.

Sa température à la source est de 13°. Claire et transparente, sa saveur est salino-amère. La chaleur et la lumière n'altèrent ni ses caractères physiques, ni ses propriétés. A basse température, une partie de ses sels cristallise au fond de la bouteille pour se redissoudre lorsque le thermomètre s'élève. Sa composition chimique, d'après le rapport de l'Académie de médecine est la suivante :

	Pour 1.000 gr. (1 litre).
Sulfate de soude	96 gr. 265
— de magnésie	3 268
— de potasse	0 239
— de chaux	1 949
Chlorure de sodium	2 055
Silice, alumine et oxyde de fer	0 038
	103 gr. 814

Il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur les chiffres qui précèdent pour reconnaître que l'eau de Rubinat est bien, avec sa riche minéralisation, le prototype des sulfatées sodiques, et que, dès lors, elle doit posséder les propriétés thérapeutiques des purgatifs salins. Ses actions curatives multiples, si importantes qu'elles dominent peut-être toute la matière médicale, il serait oiseux de les énumérer à des praticiens les utilisant tous les jours. Ce qui n'est pas hors de propos, c'est d'appeler l'attention du corps médical français sur des manœuvres peu loyales mises en jeu contre l'eau de Rubinat par le commerce allemand.

Dans un prospectus germanique, distribué à profusion, on a comparé des chiffres représentant la composition chimique de Rubinat à d'autres chiffres représentant la composition chimique de l'eau de Bude, et on est arrivé à cette conclusion inattendue que la propor-

tion de sel purgatif dans l'eau pyrénéenne est moindre que dans l'eau d'outre-Rhin.

Le tableau paraît exact; les chiffres sont officiels, mais, par malheur, l'analyse de l'eau de Bude porte sur dix mille grammes, tandis que l'analyse de l'eau de Rubinat ne porte que sur mille. Cela, les honnêtes Allemands ne le disent point.

La fraude a été courageusement dénoncée à la presse scientifique par M. Constantin Paul, secrétaire général de la Société de thérapeutique, et alors les Basiles de l'hydrologie ont essayé d'une autre calomnie. L'eau de Rubinat, ont-ils dit, pourrait ne pas être une eau naturelle : elle est trop riche en sulfate de soude. On l'en a peut être saturée artificiellement.

Cette insinuation aura le sort du tableau comparatif, les médecins n'en tiendront point compte. Au lieu d'ajouter foi à des cancans intéressés, ils écouteront la voix des hydrologistes compétents. Les documents officiels communiqués par eux aux Sociétés savantes de France et d'Espagne établissant bien nettement que l'eau sulfatée sodique de Rubinat est saturée par la nature, les praticiens continueront à en faire usage sans arrière-pensée et lorsque le hasard les appellera du côté des Pyrénées, qu'ils en profitent pour aller visiter la source la plus purgative du monde. A plusieurs mètres de distance ils verront, surtout en hiver, d'énormes masses cristallines, semblables à des glaçons gigantesques détachés des hauteurs voisines. Ce sont des blocs naturels de sulfate de soude dont la vue convaincrait les plus incrédules.

Pour finir cette notice sur l'eau purgative qui nous affranchit du tribut allemand, voici quelques instructions pratiques sur son mode d'administration :

A la dose d'un simple verre à bordeaux (100 à 140 gr.), l'eau de Rubinat produit l'effet énergique d'une bouteille de Sedlitz ou de limonade Rogé. On facilite cette action et on évite l'irritation intestinale en prenant immédiatement après une tasse de thé léger, ou simplement un verre d'eau sucrée.

A la dose minime de 5 à 8 grammes, continuée pendant plusieurs jours, l'eau de Rubinat entretient simplement la liberté du ventre et régularise les excrétions. Il suffit, dans tous les cas, de se rincer la bouche avec un peu de rhum ou de sirop de menthe, pour faire disparaître le goût salino-amer de ce purgatif que les personnes délicates et les enfants eux-mêmes prennent avec la plus grande facilité.

Dr J.-J. DUPONT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

Tarsotomie. Rapport. — *M. Polaillon* fait un rapport sur quatre observations de tarsotomie pratiquées par M. Beauregard (du Havre).

Il rappelle que la tarsotomie est une opération nouvelle, qu'on a enlevé l'astragale dans les cas de pied bot équin, le cuboïde pour le varus, et enfin dans des cas plus complexes on a enlevé un coin du tarse, d'où le nom de tarsotomie cunéiforme. En France, la tarsotomie n'a été pratiquée que cinq fois, une fois par M. Poinsot, quatre fois par M. Beauregard.

Dans la première observation de M. Beauregard, il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, atteinte d'un varus équin avec adduction et enroulement de la plante du pied.

Grâce à une incision oblique sur le dos du pied, il put enlever, par la méthode sous-périostée, une partie notable de l'astragale et de la tête du calcanéum.

La deuxième et la troisième tarsotomie ont été faites sur un enfant de 9 ans. Les deux pieds étaient atteints de varus équin, on les avait traités par la tarsotomie et différents moyens orthopédiques. Sur le pied droit, M. Beauregard fit d'abord la section de l'aponévrose plantaire pour remédier à l'enroulement, puis, par deux incisions, l'une allant de la malléole externe à la partie postérieure du 5e métatarsien, l'autre perpendiculaire à celle-ci, il put enlever un coin du tarse, dont la base mesurait 5 cent., et qui comprenait le cuboïde, les têtes de l'astragale et du calcanéum et l'extrémité postérieure du 5e métatarsien.

Il opéra ensuite le pied gauche, il enleva le cuboïde, fit la section de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille : il y eut une fièvre et une suppuration modérée. Mais la guérison avait lieu après 15 jours.

La quatrième tarsotomie fut faite sur un enfant de 7 ans 1/2 ... avait une paralysie des deux jambes : la section du tendon d'Achille et celle de l'aponévrose plantaire suffirent du côté droit. A gauche il fallut faire la tarsotomie et enlever un coin comprenant la tête de l'astragale une partie du cuboïde et la tête du 5e métatarsien.

Le rapporteur fait remarquer que la statistique publiée par M. Chauvet dans son travail dans les *Archives de médecine* compte 2 morts sur 36 cas, soit 5 1/2 0/0 ; ce n'est donc pas une opération sans danger. Mais les résultats de l'opération remplissent-ils bien le but qu'on se propose, c'est-à-dire de faire marcher les malades ?

M. Beauregard dit que le 1er malade marchait bien au bout de ... mois. Le 2e marchait avec de légers appareils. Le 3e malade a été opéré trop récemment pour qu'il soit permis de le juger.

Dans la récente discussion à l'Académie de médecine, M. J. Guérin a soutenu cette proposition que, même chez les adultes, à plus forte raison chez les enfants, on pouvait toujours s'en dispenser, que les appareils, les manipulations, la ténotomie suffisaient. Or, les malades de M. Beauregard étaient tous des enfants, et il nous paraît qu'on aurait pu se dispenser d'une opération sanglante.

Assurément la tarsotomie est une opération brillante, et permet au malade de marcher peu de temps après, si les suites en sont bonnes ; mais elle mutile le pied et le rend moins solide.

En résumé nous la croyons inutile chez l'enfant, mais elle est peut-être utile chez l'adulte.

Le rapporteur fait circuler les moules et la photographie des pieds traités, avant et après l'opération.

M. Th. Anger. J'ai traité un grand nombre de pieds bots, et je n'ai pas vu un seul cas résistant à la ténotomie et à l'application d'appareils bien faits. J'ai eu, il y a quelque temps, à soigner à l'hôpital Tenon un homme de 36 ans, atteint d'un varus équin si prononcé qu'il marchait sur le dos du pied. La ténotomie et l'application d'un appareil à traction continue, réalisé par des bandes de caoutchouc, a suffi à amener un redressement au bout de deux mois. Six mois après son entrée le malade sortait avec des chaussures appropriées et marchait bien. Or, ce malade était atteint d'un pied bot paralytique depuis l'âge de 6 ans.

Il était entré à l'hôpital, pour se faire guérir d'une ulcération d'origine trophique, siégeant sur le côté externe du pied, et qui était apparue sous l'influence du froid ; je lui ai proposé de traiter son pied bot et j'avais réussi à le faire marcher sur la plante du pied après 2 mois ; il est resté encore quatre mois pour terminer la guérison de son ulcération.

En présence de pareils faits, et aussi en présence des résultats insuffisants obtenus par la tarsotomie que nous venons de voir, je suis tenté de repousser cette dernière opération même chez l'adulte ; si on veut obtenir de bons résultats par les moyens classiques, il faut employer un mode de traction qui donne une force constante ; le caoutchouc est le meilleur agent de cette traction.

Incidemment je veux parler des troubles trophiques qu'on observe constamment dans les pieds bots, et qui consistent dans des atrophies des muscles, des os et des lésions cutanées : j'ai l'habitude de traiter ces troubles par des frictions excitantes, l'alcool, la teinture de benjoin, et l'électricité à courants interrompus mais surtout continus. Je laisse volontiers ceux-ci appliqués pendant une nuit entière, en ayant soin de les surveiller pour éviter les eschares à la peau; j'ai observé des faits qui prouvent qu'un membre soumis aux courants continus se nourrit mieux comparativement que celui du côté oppposé : je pour-

rais citer l'exemple d'une petite fille de 3 ans, qui est présente à ma mémoire en ce moment.

M. Verneuil s'associe aux conclusions de M. Polaillon : chez les enfants, il n'est pas besoin de tarsotomie. Quant aux adultes, on les voit dans deux conditions : les uns marchent très bien, ils exercent des professions très fatigantes et vivent très bien avec leur pied bot : quant aux autres, qui sont plus jeunes et ont des degrés moindres de déformations, on arrive à corriger leurs déformations et à les faire marcher par la ténotomie, et l'application d'appareils qui doivent avoir trois actions différentes : relever l'avant-pied sur l'arrière-pied, faire de l'abduction et abaisser le calcanéum.

Pour mon compte, je ne ferais pas la tarsotomie avant l'âge de 20 ans, d'autant plus que les résultats qu'on nous montre ne me paraissent pas très avantageux.

Quant aux ulcères trophiques, je dirai que M. Nepveu a fait un mémoire où il indique l'action salutaire qu'exerce sur eux l'électricité par les courants continus.

M. Desprès partage l'opinion des précédents orateurs; mais il veut s'élever contre la trop grande confiance qu'on pourrait avoir dans la ténotomie et les appareils redresseurs. Malgaigne a pu montrer des malades à qui on avait fait la ténotomie de tous les tendons du pied; c'est qu'on n'avait pas encore compris l'importance d'un fait que Duchenne (de Boulogne) a mis depuis en évidence, à savoir que les appareils ne doivent pas seulement être redresseurs, mais doivent pouvoir suppléer à l'insuffisance des muscles moteurs du pied. Au reste, la ténotomie ne fait que préparer l'application des appareils.

Pour mon compte, à la tarsotomie, je préférerais l'amputation sous-astragalienne ou l'amputation de M. Le Fort.

M. Chauvel. Il ne faudrait pas juger des résultats de la tarsotomie d'après ceux qui ont été obtenus par M. Beauregard, car ceux des chirurgiens étrangers paraissent meilleurs.

M. Polaillon constate que tous les orateurs précédents ont partagé son avis : mais il veut faire des réserves à l'endroit de l'opinion de M. Anger, qui croit qu'on peut toujours redresser les adultes; il y a des cas où les pieds sont tellement déformés qu'il est impossible d'obtenir le moindre changement.

LECTURE. — M. Charvot lit une observation d'ulcération de l'iliaque externe par un abcès tuberculeux résultant d'une coxalgie.

M. Blum lit un petit travail relatif à une simplification du procédé de Rizzoli dans la constriction permanente des mâchoires.

M. Galezowski lit un travail pour démontrer la supériorité de l'opération de la cataracte sans iridectomie.

M. Hennequin lit un travail sur l'extension continue dans ses ap-

plications au membre inférieur au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.

Présentation de malade. Épithélioma lingual. — *M. Desprès* montre un malade opéré il y a six jours d'un épithélioma de la langue par l'écraseur linéaire ; il a été opéré par la bouche : il voudrait le comparer avec ceux qu'on opère par le plancher buccal ; il a enlevé les 4/5 de la langue. Il s'agissait d'un épithélioma tubulé consécutif à un psoriasis lingual. Ce malade se lève depuis cinq jours.

M. Trélat désire que le malade soit montré dans six semaines.

Présentation dinstrument. Forceps. — *M. Guéniot* présente un forceps dérivé de celui de M. Tarnier, imaginé par M. Charles Dupont.

Présentation de pièce. — *M. Beauregard* (du Havre) présente un corps thyroïde qu'il a enlevé avec la chaîne d'écraseur.

P. Bazy.

NOUVELLES

Faculté de médecine de paris. (Tableau des actes du 27 novembre au 2 décembre 1882). — *Lundi* 20. — Doctorat, 3e (ancien régime): MM. Baillon, Henninger et Gay. — 3e (ancien régime) : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. Bouchardat, Fournier et Landouzy. — 4e : MM. Parrot Hayem et Straus. — 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Béclard et Charcot — 5e (Charité) : MM. Trélat, Potain et Budin.

Mardi 28. — Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Ch. Richet, Panas et Richelot. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 4e : MM. Lasègue, Jaccoud et Joffroy. — 5e (Charité): MM. Pajot, G. Sée et Bouilly. — 5e (Charité) (clinique externe et épreuve d'anatomie pathologique): MM. Peter, Cornil et Raymond.

Mercredi 29. — Doctorat, 2e (médecine opératoire) : MM. Trélat, Guyon et Terrillon. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 1er (nouveau régime): MM. Baillon, Regnault et Bourgoin. — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Béclard, Vulpian et Richet. — 2e (ancien régime, oral): MM. Fournier, Hayem et Reclus. — 3e (nouveau régime, oral, 1re partie, pathologie externe et accouchements): MM. Verneuil, Duplay et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Parrot et Monod.

Jeudi 30. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Sappey, Le Fort et Peyrot. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 1er (ancien régime, oral) : MM. Richet, Panas et Bouilly. — 2e (nouveau régime, oral, 1re partie, anatomie, histologie): MM. Robin, Cornil et Legroux. — 2e (ancien régime, oral) : MM. G. Sée, Jaccoud et Richelot. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Hardy, Brouardel et Humbert. — 2e (ancien régime, oral): MM. Peter, Ball et Berger.

Vendredi 1er. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Trélat et Ch. Richet. — 2e (ancien régime, oral): MM. Potain, Parrot et Marchand. — 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Bouchardat et Baillon. — 5e (Charité): MM. Verneuil, Damaschino et Budin. — 5e (Charité MM. Charcot, Guyon et Pinard.

Samedi 2. — Doctorat, 1er ancien régime, oral): MM. Sappey, Ball et Peyrot. — 1er (ancien régime, oral): MM. Le Fort, Panas et Berger. — (ancien régime, oral): MM. Richet, Duguet et Grancher. — 5e (Charité MM. Gosselin, Fernet et Charpentier.

Samedi 2. — 5e examen, à 4 heures (salle des thèses). Composition écrite.

Faculté de médecine de Paris. — M. Faisans (Léon), né à Pau, 31 mars 1852, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. Brissaud, appelé à d'autres fonctions.

— Le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par les arrêtés des 20 mai et 31 août 1882 est porté de 50 à 51. Cette cinquante et unième place sera comprise dans la section de médecine et réservée à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. Villejean est nommé chef du laboratoire de pharmacologie en remplacement de M. Valmont.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est délégué temporairement, en la même qualité, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

La Faculté de médecine de Bordeaux, dans sa séance du 6 novembre 1882, a émis le vœu qu'une école de service de santé militaire soit fondée à Bordeaux.

Eaux minérales. — *Concours Vulfranc-Gerdy*. — Un concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales aura lieu au mois de décembre prochain au siège de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, 49. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1883. Le concours comprendra deux épreuves publiques : 1° une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie; 2° une épreuve orale de vingt minutes après vingt minutes de réflexion, sur la physique et la chimie appliquées aux questions hydrologiques.

Sont admis à concourir, les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat de l'Académie de médecine, soit au secrétariat des Facultés des Ecoles de plein exercice, des Ecoles supérieures de pharmacie ou des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. Ils auront à justifier des conditions exigées. La liste d'inscription sera close le 10 décembre 1882, à quatre heures du soir. Les candidats seront prévenus, par lettre, des jours et de l'heure de l'ouverture du concours.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

IGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 62 MARDI 28 NOVEMBRE 1882

LA 'RANCE MÉDICALE

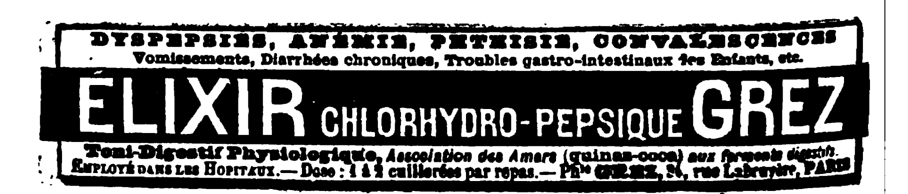
:UREAUX
)n s'abonne chez
AHAYE et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

ısser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE



DYSPEPSIES, ANÉMIE, PHTHISIE, CONVALESCENCES
Vomissements, Diarrhées chroniques, Troubles gastro-intestinaux des Enfants, etc.
ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ
Toni-Digestif Physiologique, Association des Amers (quinas-coca) aux ferments digestifs.
EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX. — Dose : 1 à 2 cuillerées par repas. — Phie GREZ, 34, rue Labruyère, PARIS

29e Année. — Tome II. — N° 62 Mardi 28 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

La pleurésie dans les maladies du cœur (*suite*) (1),

Par le Dr Bucquoy,

Membre de l'Académie de médecine, agrégé de la Faculté,
Médecin de l'hôpital Cochin.

Un second caractère distinctif sera tiré de la nature du liquide épanché. Dans l'hydrothorax, le liquide a la même composition que la sérosité des hydropisies; dans l'épanchement pleurétique, l'élément inflammatoire qui préside à son développement y ajoute une proportion plus ou moins considérable de fibrine.

Si on s'en rapporte aux recherches de M. Méhu, qui a pratiqué de nombreuses analyses de liquides provenant soit de pleurésie, soit d'hydrothorax, on voit même que la composition de ces liquides ne diffère pas seulement par une proportion infiniment moindre de fibrine dans l'hydrothorax, mais aussi par une diminution considérable des autres éléments organiques.

D'où cette conclusion de M. Méhu que toutes les fois que le liquide, à 15° c., a une densité inférieure à 1005 et que le poids de son résidu sec n'atteint pas 50 grammes par kilogramme, c'est d'un hydrothorax qu'il s'agit. Un liquide d'une densité au-dessus de 1018, qui se coagule et donne un résidu dépassant 50 grammes, est le produit d'une pleurésie aiguë.

Je ne conteste en aucune façon l'exactitude de ces recherches, mais je crois nécessaire de faire quelques réserves sur les conclusions que leur auteur en a tirées.

Ces conclusions sont très vraies si on les applique seulement à des cas absolument tranchés et si l'on compare l'hydrothorax double et la pleurésie aiguë. Elles me paraissent au contraire discutables pour les cas dans lesquels la confusion est facile.

La distinction entre les deux épanchements n'est pas seulement une question de degré : l'un est le produit d'une simple hydropisie, l'autre celui de l'inflammation. Celle-ci apporte un élément qu'on ne doit trouver que dans le liquide pleurétique, la fibrine ; comment se fait-il alors que dans les analyses de M. Méhu nous trouvons dans certains liquides d'hydrothorax de la fibrine dont la présence fait constamment défaut dans les autres hydropisies ? La faute n'en est certainement pas au savant chimiste, mais à ceux qui lui ont donné à analyser, avec l'étiquette de liquide provenant d'hydrothorax, de la

(1) Voir *France médicale*, n° 61.

sérosité reconnaissant une origine inflammatoire, en réalité du liquide pleurétique.

La confusion s'explique d'autant mieux que les conditions générales qui président au développement de la pleurésie, comme à celui de l'hydrothorax, sont à peu près les mêmes, et que le caractère latent de la pleurésie fait méconnaître la nature inflammatoire de la complication. Les proportions plus ou moins considérables de fibrine répondent au degré et à la qualité de la phlegmasie ; si minimes qu'elles soient, elles indiquent toujours de l'inflammation. Dans l'hydrothorax vrai et simple, la fibrine manque absolument.

Ainsi, dans les caractères chimiques de l'épanchement, nous trouvons un élément important de distinction entre l'hydrothorax et la pleurésie, suivant que le liquide est ou n'est pas fibrineux. La diminution de la densité et de la proportion des résidus secs, sur laquelle insiste M. Méhu, n'a d'autre signification que la pauvreté du processus inflammatoire. C'est ce que les médecins anglais appellent avec raison une inflammation *cacoplastique*. Pourrait-elle avoir d'autres qualités dans les conditions de cachexie au milieu desquelles elle survient ?

L'anatomie pathologique confirme les données précédentes et montre nettement, par les résultats des autopsies, combien sont différents, suivant les cas, les épanchements dans les cavités pleurales.

Si le malade a succombé seulement avec de l'hydrothorax, il n'y a pas d'autre lésion anatomique qu'une sorte de lixiviation de la plèvre par la sérosité qui la baigne. Dans le cas de pleurésie, les exsudats fibrineux déposés sur la plèvre pulmonaire et pariétale sont l'indice certain du caractère inflammatoire de l'épanchement. Ces exsudats sont rarement épais et abondants, à moins que la pleurésie ne soit déjà ancienne ; ils montrent ordinairement peu de tendance à l'organisation.

La manière dont se comportent ces épanchements pleurétiques est extrêmement variable. Ils sont toujours séreux, jamais ou presque jamais on ne trouve la sérosité purulente. Le liquide est citrin, peu coagulable ; sa quantité, beaucoup moindre qu'on ne devrait s'y attendre, étant données les hydropisies souvent très étendues dans d'autres parties du corps et la dyscrasie qui résulte de l'état cachectique du sujet.

Dans plusieurs autopsies, j'ai trouvé le liquide enkysté et circonscrit par des fausses membranes ; sa quantité ne dépassait pas un verre ou deux de sérosité.

On voit, par cette description et par les caractères de la complication pleurale, que les épanchements désignés sous le nom d'hydrothorax ne sont souvent que des pleurésies secondaires survenues dans le cours de la cachexie cardiaque, et concurremment avec les

hydropisies qui en marquent la période ultime. Quelles sont les causes de cette complication ?

La gêne de la circulation centrale et la congestion veineuse des poumons qui ont pour effet de déterminer l'hydropisie de la plèvre ou l'hydrothorax ne peuvent jouer dans l'étiologie de la pleurésie secondaire que le rôle de causes prédisposantes. Ce sont encore des causes du même ordre que nous rencontrons lorsqu'à la lésion cardiaque s'ajoute la dégénérescence des reins ou toute autre altération capable d'exagérer la cachexie.

La cause la plus fréquente des pleurésies secondaires dans les maladies du cœur est, comme dans la pleurésie aiguë et accidentelle, le refroidissement. Les malades sont particulièrement exposés aux refroidissements parce que la dyspnée cardiaque les oblige à rester souvent assis et longtemps découverts. Pour respirer plus facilement, ils tiendront les fenêtres ouvertes qui leur laissent arriver un air plus frais. Or, l'influence du refroidissement se fera d'autant plus facilement sentir chez eux que l'état général du sujet est plus mauvais et plus favorable par conséquent au développement d'inflammations lentes ou subaiguës.

En dehors de cette cause en quelque sorte banale des affections aiguës de poitrine, le refroidissement, il en est une autre plus spéciale aux pleurésies consécutives aux affections cardiaques et que je m'étonne de ne voir signalée nulle part, c'est l'influence des infarctus et des hémorrhagies pulmonaires. J'ai observé très souvent des pleurésies limitées chez des sujets atteints de maladie cardiaque au moment où ils venaient de présenter les signes ordinaires de l'apoplexie pulmonaire.

Si le foyer hémorrhagique est superficiel, ce qui est le plus fréquent dans les cas d'infarctus, aux signes de l'infarctus que révèlera du souffle bronchique, des râles sous-crépitants et une matité limitée, viennent s'ajouter bientôt ceux d'une pleurésie consécutive. La matité devient plus étendue et occupe les parties déclives, l'élasticité des parois thoraciques et leurs vibrations font défaut ; on constate à l'auscultation l'absence du murmure respiratoire, le timbre étouffé de la voix, souvent du souffle et de l'égophonie. L'apoplexie pulmonaire s'est compliquée de pleurésie, comme on voit survenir de la pleurésie à la suite de la pneumonie.

Seulement, s'il est facile de comprendre la propagation à la plèvre de l'inflammation pulmonaire dans la pleuropneumonie, on s'explique moins aisément cette complication pleurétique à la suite d'accidents hémorrhagiques auxquels l'inflammation paraît étrangère. Quoi qu'il en soit, il est certain que souvent les infarctus pulmonaires provoquent de l'inflammation dans le parenchyme pulmonaire lui-même, car les crachats prennent quelquefois un caractère visqueux et fran-

chement rouillé comme ceux de la pneumonie. C'est probablement aussi par une irritation de voisinage retentissant sur la plèvre que les foyers apoplectiques situés à la périphérie et la congestion plus ou moins étendue qui les accompagne, détermineront des pleurésies secondaires.

Celles-ci, au reste, ne sont pas sans avoir quelque analogie avec les pleurésies consécutives à la pneumonie. Elles ont moins d'activité ; mais, comme ces dernières, elles ont une marche rapide, montrent peu de tendance à produire de vastes épanchements, et se terminent généralement par résolution. Elles diffèrent davantage des pleurésies qu'on pourrait appeler cachectiques, qui se rapprochent plutôt de l'hydrothorax.

Je ne quitterai pas ces pleurésies consécutives aux apoplexies pulmonaires, sans ajouter quelques remarques tirées de mes observations personnelles.

Il semble résulter des faits nombreux que j'ai pu observer que ces pleurésies ne se rencontrent pas seulement dans la période cachectique proprement dite des maladies du cœur, mais aussi à une époque beaucoup moins avancée de la maladie et en dehors des phénomènes ordinaires de l'asystolie. En second lieu, il m'a semblé également que cette complication appartenait plutôt aux lésions cardiaco-aortiques qu'à l'affection mitrale.

Ces deux particularités seraient en accord avec la remarque que j'ai eu bien souvent l'occasion de faire au lit du malade, et sur laquelle j'ai appelé l'attention de mes élèves et de quelques-uns de mes collègues, à savoir que l'apoplexie pulmonaire et les infarctus qui en sont la cause ordinaire s'observent plus particulièrement chez des sujets atteints de lésions athéromateuses de l'aorte et offrant des poussées inflammatoires auxquelles répondent les douleurs rétro-sternales et les accidents pseudo-angineux. J'ai noté en outre leur plus grande fréquence chez des malades relativement peu avancés en âge, c'est-à-dire à l'âge moyen de la vie, de 40 à 50 ans et un peu plus tard ; et chose particulière, quoique la femme soit moins que l'homme soumise à certaines causes de lésions aortiques, telles que l'alcoolisme et la goutte, c'est chez la femme et vers l'âge de la ménopause que j'ai le plus souvent observé ce genre d'apoplexie pulmonaire.

Je me contente de donner ces quelques indications, me réservant de soumettre cette intéressante question à des recherches plus précises.

Les pleurésies secondaires qui se manifestent dans le cours des maladies du cœur se reconnaissent aux mêmes signes que les pleurésies ordinaires. Les symptômes sont aussi les mêmes, et nous n'aurions pas à nous arrêter sur cette partie de leur étude si elles ne

présentaient pas sous ce rapport certaines particularités qui ne sont pas sans importance.

Si l'attention n'était pas toujours éveillée sur les complications pulmonaires possibles dans les affections cardiaques, la pleurésie pourrait passer souvent inaperçue, car presque toujours son début est lent et insidieux. Le malade, rarement, accuse un point de côté violent, celui-ci peut manquer même complètement. La dyspnée n'augmente pas, au moins au début, dans des proportions considérables, la toux n'est pas quinteuse, la réaction fébrile enfin est quelquefois presque nulle.

La pleurésie a donc un caractère latent, ce qui s'explique facilement par le peu d'intensité des phénomènes inflammatoires. Seulement ce ne sont pas des pleurésies latentes comme celles qu'on décrit ordinairement sous ce nom. Celles-ci se développent chez des sujets jusque-là bien portants; elles ne se révèlent ordinairement que lorsque l'épanchement remplit la plus grande partie de la cavité pleurale ; ce sont, en un mot, des pleurésies accidentelles et à grands épanchements.

Les pleurésies cachectiques, au contraire, malgré les hydropisies concomitantes, malgré l'état dyscrasique du sujet, restent des pleurésies à épanchements limités, stationnaires pendant un temps plus ou moins long, mais tendant en définitive à la résolution.

Par conséquent, considérées en elles-mêmes, ces pleurésies, en raison de leur peu d'étendue, de leur médiocre intensité, de la bénignité de leurs symptômes, ne devraient pas être des pleurésies graves. Elles ont cependant une influence fâcheuse sur le pronostic, car elles aggravent singulièrement l'affection cardiaque.

La pleurésie survient-elle alors que les symptômes de la maladie du cœur sont encore peu accusés, on voit presque tout de suite cette complication augmenter la dyspnée, l'oppression et les palpitations, et le malade ne tarde pas à présenter des phénomènes d'asystolie. L'aggravation est bien plus sensible encore quand il y a déjà de l'asystolie; la pleurésie peut rendre permanente une asystolie passagère et précipiter même le dénoûment de la maladie.

Quelques exemples pris dans les nombreuses observations que j'ai recueillies montreront mieux que toutes les descriptions la manière dont se comportent les pleurésies secondaires survenues dans les maladies du cœur et les indications particulières qui peuvent être fournies par cette complication.

Observation I. — L'un des plus remarquables est celui d'une femme âgée de 65 ans, exerçant la profession de blanchisseuse, qui entra dans mon service à l'hôpital Cochin, avec tous les signes de l'asystolie la plus accentuée.

La malade était dans l'orthopnée, la face bouffie, les lèvres cyanosées, les veines du cou très distendues, sans offrir toutefois autre chose que les oscillations du faux pouls veineux. Les membres inférieurs présentaient un œdème considérable, avec anasarque s'étendant à la moitié inférieure de l'abdomen.

Pas d'ascite, mais la palpation abdominale faisait reconnaître un foie très volumineux et très sensible à la pression dans toute l'étendue de la région épigastrique. L'urine était rare et fortement albumineuse.

Cet ensemble de symptômes ne laissait pas de doutes sur l'existence d'une maladie du cœur dont cette femme présentait au plus haut degré le *facies propria*. Le diagnostic était confirmé par l'état du pouls, qui était petit, misérable et très irrégulier, indiquant une lésion mitrale caractérisée elle-même par la faiblesse et l'irrégularité des battements du cœur sans qu'on pût percevoir cependant aucun bruit de souffle vers la pointe de l'organe ou dans l'aisselle.

Cette malade n'était pas une rhumatisante. Jusqu'à l'année précédente, elle avait été toujours bien portante. C'est à une cause accidentelle, à un bain froid à la suite duquel elle fut prise de suffocation immédiate et de palpitations violentes, qu'elle rapporte sa maladie.

En analysant avec soin l'hisioire de cette femme, on reconnaît qu'elle a eu de l'albuminurie, mais que celle-ci a disparu lorsqu'a cessé la dyspnée. Mais quelle que soit la part qu'il y ait à faire à l'albuminurie et à la maladie de cœur, nous devons nous arrêter surtout sur la complication qui était venue subitement aggraver son état.

On trouva, en effet, au moment de son entrée, les signes évidents d'un épanchement pleurétique du côté gauche. L'épanchement n'était pas considérable ; la matité remontait en bas et en arrière jusqu'à l'angle de l'omoplate, mais il y avait diminution plutôt qu'absence complète du murmure vésiculaire, si ce n'est tout à fait à la partie inférieure, où il faisait complètement défaut.

L'auscultation donnait un souffle doux, voilé, de l'égophonie dans toute cette étendue.

En avant, le cœur n'était pas déplacé ; il y avait du bruit de Skoda sous la clavicule gauche.

Je donnai la digitale en macération à froid à la dose de 0,60 centigrammes pour combattre l'asystolie. Dès le troisième jour, l'urine était abondante, mais toujours albumineuse.

Cette diurèse n'eut aucune influence sur la pleurésie, car, bien que l'amélioration fût évidente et la respiration plus libre, l'épanchement augmenta dans des proportions assez notables et ramena la dyspnée.

La thoracentèse fut alors pratiquée et donna issue à un litre et demi d'un liquide séreux peu coagulable.

Les suites de l'opération furent des plus simples et le soulagement immédiat.

Pendant quelque temps encore, nous constations des signes de pleurésie, tels que la faiblesse du murmure vésiculaire, de la submatité et de la broncho-égophonie. Mais la malade respirait facilement, avait retrouvé le sommeil et l'appétit, et les phénomènes si graves d'asystolie qu'elle nous avait présentés avaient en grande partie disparu. L'urine même n'était plus albumineuse, les jambes seules restaient un peu œdématiées.

Au bout de trois semaines, nous avons pu craindre que l'épanchement ne se reformât. On trouvait en effet quelques signes indiquant une petite quantité de liquide, mais surtout des frottements très nets. Tout cela céda rapidement à l'application d'un vésicatoire.

Voilà un fait qui montre que la pleurésie, même lorsqu'elle survient dans le cours d'une maladie du cœur, compliquée d'albuminurie, et au milieu de phénomènes d'hydropisie très étendue, conserve encore des caractères d'affection inflammatoire et diffère totalement de l'hydrothorax. Chez la malade, en effet, le liquide n'occupait qu'un des côtés de la plèvre, n'était pas plus abondant que dans une pleurésie ordinaire ; il était un peu coagulable, par conséquent fibrineux. Ajoutons que les frottements observés plus tard complètent en quelque sorte la démonstration du caractère phlegmasique de la complication.

Mais cette observation montre aussi la part qui revient à la pleurésie dans l'aggravation de la maladie cardiaque et son influence sur le développement des phénomènes asystoliques.

Cette influence a été rendue encore plus manifeste lorsque, après l'amélioration obtenue par le retour de la diurèse, la persistance et l'augmentation de l'épanchement ont ramené la dyspnée et les troubles cardiaques.

Il fallait donc à tout prix dégager la maladie du cœur de cette fâcheuse complication; c'est pourquoi je n'ai pas hésité à faire la thoracentèse dans des conditions où elle est cependant rarement pratiquée.

Les bons effets immédiats auraient justifié, s'il était nécessaire, le traitement appliqué.

Nous lui avons dû à la fois, et sans autre intervention thérapeutique, la disparition presque complète des accidents d'asystolie, la disparition de l'albuminurie et la guérison rapide de la pleurésie.

Ajoutons que cette femme, la même année (1879), est rentrée de nouveau quelques mois après à l'hôpital pour une autre pleurésie qui a nécessité encore la thoracentèse. Depuis cette époque, nous l'avons revue plusieurs fois, en 1881 et 1882, à l'occasion d'accidents d'asystolie qui se sont toujours heureusement terminés. Aujourd'hui, la

malade a un souffle mitral permanent et de l'albumine de temps en temps dans l'urine.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Ophthalmie destructive. — Le Dr *J.-C. Cameron* envoie à *The Lancet* (15 juillet) des détails sur une forme d'ophthalmie rapidement destructive qu'il a vu sévir à Ceylan et qui ne lui paraît pas avoir été décrite. Cette affection se manifeste lorsque les jours, très clairs et très chauds, sont suivis de nuits sereines et froides, comme cela se voit en Égypte. Le matin un homme est malade, il paraît n'avoir qu'une simple conjonctivite; le soir ses paupières sont très tuméfiées, leur couleur rappelle celle du foie, elles sont larges, recouvrent complètement le globe de l'œil et laissent s'écouler un liquide puriforme et épais. Le globe lui-même est le siège d'une douleur *excruciante* qui empêche tout sommeil. Le lendemain notre malade raconte qu'il a souffert vivement jusques longtemps après minuit, puis il a éprouvé tout à coup comme la rupture d'uue tumeur, il a senti s'écouler un flot de liquide chaud, puis le soulagement a été immédiat et définitif; aussi il raconte sa petite histoire avec beaucoup de satisfaction et il est persuadé que son œil est en pleine voie de guérison. Plusieurs jours s'écouleut avant que la diminution du gonflement permette de voir le globe de l'œil; alors on s'aperçoit que la cornée est détruite et que la vue est à jamais perdue. Des malades perdent ainsi les deux yeux.

Jusqu'ici, dans les mains du Dr Cameron, cette maladie a défié tous les modes de traitement. Les saignées, locales ou générales, ne soulagent en rien les malades; tous les collyres, au nitrate d'argent ou autres, sont au moins inutiles, sinon nuisibles. Les fomentations et l'injection d'une solution tiède de chlorhydrate d'ammoniaque entre les paupières procurent un peu de soulagement, mais, dans les cas réellement graves, si l'œil n'est pas totalement perdu, au moins est-il rare de le trouver ensuite utile et parfaitement sain.

Les ennuis que donne cette affection, même en temps de paix, sont énormes; ils ont dû être pis encore pendant la guerre d'Egypte. Cameron pense que de fortes doses de quinine et d'opium constitueront le meilleur mode de traitement de cette terrible ophthalmie: celle-ci lui paraît causée par les miasme paludéens qui peuvent affecter des formes si diverses.

L'auteur ne donne pas de détails suffisamment complets sur les symptômes de cette affection et sur les modes de traitement qu'il a suivis. Quelle que soit la tuméfaction des paupières, il est bien rare qu'on ne puisse découvrir la cornée. Il paraît s'agir là d'une ophthal-

mie purulente à marche très rapide, analogue à celle qu'on observe parfois dans la blennorrhagie oculaire, et survenant peut-être chez des granuleux.

L'auteur ne paraît pas avoir employé le traitement qui réussit presque toujours en France en pareil cas : la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent mitigé et les compresses glacées, antiseptiques ou non. S'il n'a pas employé d'autre traitement que ceux qu'il indique, des collyres quelconques, des fomentations et des injections d'une solution chaude de chlorhydrate d'ammoniaque, nous sommes médiocrement surpris qu'il ait obtenu d'aussi mauvais résultats.

Un nouveau mydriatique.— L'hyoscine préparée par Landesberg et cristallisable par l'acide iodhydrique, instillée dans l'œil, produit une mydriase très rapide ; son action, à ce point de vue, est beaucoup plus active que celle de l'atropine. La solution ne doit pas dépasser un demi pour cent; des solutions plus fortes amènent des symptômes généraux comme de l'insensibilité, du vertige, de la sécheresse de la gorge. D'autre part, cette préparation semble bien tolérée par la conjonctive, même lorsque son emploi est longtemps prolongé.

Amand Chevallereau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 *novembre* 1882. — *Présidence de* M. Millard.

Muguet primitif du pharynx chez un phthisique. — *M. Damaschino* communique un cas de *muguet primitif du pharynx* chez un phthisique. On observait chez ce malade plusieurs plaques blanchâtres sur le pharynx et une sur la face muqueuse de la lèvre supérieure. L'examen microscopique a montré les spores et les filaments mycéliaux de l'oïdium.

M. Damaschino a observé un autre cas de muguet bucco-pharyngé dans le cours d'une fièvre typhoïde grave.

Il insiste sur l'importance du muguet primitif du pharynx chez les typhiques.

En somme, le muguet primitif du pharynx n'est pas très rare, et MM. Laboulbène et Broc en ont publié récemment un nouvel exemple.

M. Duguet. Cette année-ci je n'ai cessé de rencontrer le muguet primitif de la gorge chez les cachectiques (phthisie, cancer, cirrhose) et chez les typhiques. Aux cas très nombreux de mon service d'hôpital, je puis ajouter quelques cas observés en ville. Ce muguet se manifestait par de la dysphasie et des *vomissements*. J'insiste sur le vomissement comme symptôme du muguet. J'ai pu constater que les

plaques de muguet de mes malades ressemblaient exactement à la planche que M. Damaschino a présenté à la société. Le plus souvent, grâce à un simple collutoire boraté, le muguet disparaissait au bout d'un jour ou deux. Dans deux cas où le muguet fut très persistant, j'eus lieu de penser qu'il y avait du muguet de l'œsophage et de l'estomac; j'administrai le bicarbonate de soude à haute dose et les malades guérirent.

M. Bucquoy. J'ai observé, il y a trois ans, un cas de muguet qui a failli compromettre la convalescence d'une fièvre typhoïde. Le malade rendait par vomissement des paquets de mycelium d'*oïdium albicans* qui provenaient de l'estomac, et à ce moment le muguet avait disparu de la bouche et du pharynx.

M. Guyot. J'ai l'habitude, pour prévenir cette complication, de faire badigeonner avec de l'eau de Vichy la bouche de tous mes typhiques, tant en ville qu'à l'hôpital.

M. Damaschino. Les faits aapportès par M. Duguet sont très intéressants. Il semble y avoir eu dans le service de notre collègue une véritable épidémie de muguet.

M. Duguet. Je voudrais ajouter un mot au point de vue de la contagion. La moitié de mes malades ont contracté le muguet dans les salles; mais dans l'autre moitié des cas, les malades arrivaient à l'hôpital avec du muguet. Chez mes malades de la ville il n'y a pas eu non plus de contagion.

M. Bucquoy. — Je crois qu'il faut rejeter complètement, dans le traitement du muguet, les collutoires boratés au miel rosat et, d'une manière générale, toutes les préparation sucrées.

M. Damaschino. Je sais, en effet, qu'on a théoriquement rejeté le miel rosat des collutoires boratés à cause de la fermentation acide. Cependant, je me suis servi autrefois, et toujours avec avantage, du collutoire classique au miel rosat et au borax. D'ailleurs, maintenant je n'emploie plus d'autre collutoire que l'eau oxygénée.

M. Ducastel. Je crois que dans le développement du muguet, chez les typhiques de cette épidémie, il y a beaucoup plus à incriminer le genie épidémique que la contagion dans les hôpitaux.

M. Troisier. M. Vulpian, dans son service, emploie la solution d'acide borique et rejette aussi le miel rosat pour les mêmes raisons que M. Bucquoy.

Emploi thérapeutique de la résorcine. — *M. Desnos* fait une communication sur l'emploi thérapeutique de la *résorcine.* Dans la phthisie et le rhumatisme articulaire aigu, il a eu un insuccès absolu.

Dans la fièvre typhoïde, la résorcine a pour résultat d'abaisser la température.

Ce médicament est moins toxique et plus facile à manier que l'acide phénique.

De plus. les malades traités par la résorcine s'anémient moins que les autres. M. Desnos a pu aussi guérir par la résorcine un cas de diarrhée qui avait résisté à tout autre traitement.

M. Laboulbène présente un *corps étranger* ressemblant à un nématoïde rendu par un confrère de province.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Laboulbène et par M. Robin, a montré qu'il s'agissait d'un tendon ressemblant à un helminthe.

M. Duguet. J'ai dans mon service une hystérique qui se croit habitée par des vers. Cette malade est atteinte d'entérite pseudo-membraneuse et rend, sans les avoir digérés, des morceaux d'aponévrose, des artères, etc.

HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME. — *M. Sevestre* communique deux cas d'*hystérie chez l'homme.*

Le premier malade est un jeune homme qui fut atteint d'une attaque de paralysie du bras gauche avec cécité et aphonie transitoires, hémianesthésie, hyperesthésie du testicule et du plexus spermatique.

Le second malade a été d'abord dans le service de M. Raymond, puis dans celui de M. Sevestre. C'est un jeune homme qui fut d'abord atteint de lésions pulmonaires ressemblant à la tuberculose, puis d'accidents nerveux variés et qui finit par être transféré à Sainte-Anne comme aliéné.

J'ai en ce moment dans mon service, dit M. Sevestre, un infirmier atteint d'hémianesthésie sensitive et sensorielle de tout le côté droit avec anesthésie du testicule de ce côté. Cet homme aurait eu, en 1878, une attaque convulsive, à la Charité, dans le service de M. Laboulbène.

M. Duguet. M. Sevestre a-t-il regardé les gencives de son malade au point de vue du liséré saturnin ?

M. Sevestre. Non, pas encore.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

Ern. GAUCHER.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de l'agrégation.* — Les candidats aux douze places d'agrégé de la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) sont au nombre de 26. Nous avons déjà donné les noms des candidats de Paris ; voici les autres :

Académie de Douai. — M. Leroy (Charles-Adolphe), D. M. P., né à Lille (Nord), le 7 novembre 1849.

Académie de Lyon. — M. Bard (Jean-Louis-Marius), D. M. L., né à Mens (Isère), le 10 mai 1857. M. Clément (Étienne), D. M. P., né à Lyon le 4 février 1843.

Académie de Montpellier. — M. Baumel (Hippolyte-Léopold-Étienne), D. M. M., né à Lodève (Hérault), le 23 juin 1854. — M. Brousse (Charles-Victor-Marin-Auguste), D. M. M., né à Montpellier (Hérault), le 11 juin 1855. — M. Blain (Henri-Joseph), D. M. M., né à Vesoul (Haute-Saône), le 26 mars 1854.

Académie de Nancy. — M. Schmitt (Marie-Xavier-Joseph), D. M. N., né à Strasbourg (Bas-Rhin), le 11 février 1855.

— Le CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS, considérant que M. Alfonso, externe provisoire à l'hôpital Trousseau, est décédé, le 15 octobre dernier, des suites d'une fièvre typhoïde contractée dans l'exercice de ses fonctions, vient de voter, en faveur de la jeune Alfonso (Estelle), sa fille, une bourse avec trousseau à prendre sur les fonds de la Caisse des pupilles de la ville de Paris.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE. — Dans sa séance du 24 novembre, le Conseil, sur un rapport de M. Mathé, a émis un vœu tendant à la suppression de toutes les taxes auxquelles sont soumises les fabriques d'eaux minérales et à confier l'inspection des établissements à des inspecteurs à traitement fixe, nommés par l'État, et l'inspection des dépôts au laboratoire municipal.

CONSEIL DE SALUBRITÉ. — Dans sa séance du 24 novembre courant, le Conseil de salubrité a procédé à l'élection d'un nouveau membre en remplacement de M. le Dr Hillairet, décédé il y a quelques semaines.

M. le Dr E. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine, a été élu à une forte majorité.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 20 novembre 1882, M. Noël (François-Félix-Raymond), médecin-major de 1re classe de l'armée active, et M. Müller (Cyrille-Adolphe-Adolphe-Auguste), médecin principal de 2e classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, ont été nommés aux mêmes grades dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emplois vacants par organisation.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 17 *au* 23 novembre 1882. — Fièvre typhoïde, 79. — Variole, 10. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 34. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 66.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 56.

Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 53. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 53; au sein et mixte, 33; inconnu, 2. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 109; l'appareil circulatoire, 81; l'appareil respiratoire, 73; l'appareil digestif, 51; l'appareil génito-urinaire, 16; la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 1. — Nombres absolus de la semaine, 1071. Résultats de la semaine précédente : 1002.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince.

9770.6

'INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 68 JEUDI 30 NOVEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

...resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
...ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
...Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 63. Jeudi 30 Novembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 29 Novembre 1882.

Le cours de M. le professeur Ball.

Le *Progrès médical* publie, dans son dernier numéro, un article que nous tenons à reproduire intégralement :

« Dimanche dernier, devant un nombre assez restreint d'auditeurs, M. Ball reprenait, à l'asile Sainte-Anne, ses leçons cliniques sur les maladies mentales. Comme sujet de leçon inaugurale, le professeur avait choisi les *frontières de la folie* ; et, sur ce texte un peu élastique, il s'est livré pendant une heure, avec une humour que nous ne saurions contester, à des variations littéraires et anecdotiques ; mais c'est en vain que nous avons attendu les déductions cliniques que le sujet pouvait comporter.

Par la forme qui lui a été donnée, cette leçon échappe à une analyse utile pour nos lecteurs; aussi remplacerons-nous notre compte rendu par un examen de la manière dont M. Ball comprend son enseignement. Lorsque M. Clémenceau proposait à la Chambre des députés la création de la chaire des maladies mentales, il avait eu soin de spécifier qu'il s'agissait avant tout d'une *chaire de clinique*. Les intentions du législateur ont-elles été remplies ? La réponse sera facile lorsque nous aurons dit ce que fait M. Ball depuis trois ans déjà qu'il professe à l'asile Sainte-Anne.

Voyons d'abord comment procèdent nos professeurs de clinique. Partant de ce principe que, pour être véritablement fructueux, l'enseignement clinique doit être fait au lit du malade, ils se rendent tous les jours à l'hôpital, et là, devant les élèves, ils interrogent le malade et l'examinent minutieusement ; ce n'est qu'après s'être rendu un compte exact des antécédents de ce malade et avoir observé sa situation présente, après avoir signalé et rendu palpables à ses auditeurs les symptômes de l'affection morbide, que le professeur fait sa leçon à l'amphithéâtre. Cette méthode demande une somme réelle de travail pour le maître, mais c'est la seule bonne. Tous nos grands cliniciens ont ainsi compris cet enseignement, et nos maîtres actuels, véritablement soucieux de l'intérêt de la science, ne font pas autrement.

Le professeur de clinique des maladies mentales n'a pas organisé son enseignement de la même façon. Une fois par semaine, le mardi, il se rend à la consultation externe et formule rapidement une prescription aux malades du dehors qui sont venus faire appel à son savoir. Cette consultation dure vingt minutes environ, et n'est guère suivie par les élèves. Le jeudi, les étudiants de bonne volonté,

lorsqu'il s'en présente, sont exercés à interroger les malades. Enfin, le dimanche, le professeur fait une leçon magistrale sur un sujet quelconque de pathologie mentale. En résumé, pas d'enseignement véritablement clinique.

C'est à cette manière de procéder que l'on doit certainement attribuer le peu d'empressement des élèves à suivre la clinique des maladies mentales, tandis qu'ils se pressent en foule aux autres cliniques. Est-ce à dire que le sujet même de ce cours soit indifférent aux étudiants et qu'ils négligent de parti pris ce qui a trait à l'aliénation mentale? Evidemment non. Les cours professés autrefois par M. Baillarger, à la Salpêtrière, ont été très goûtés, et nous pourrions citer tel cours libre de maladies mentales qui est assidûment suivi. A notre avis, cet enseignement devrait être complètement réorganisé. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet. »

La meilleure réponse à faire à cette note est en effet de la reproduire pour la soumettre à l'examen des esprits impartiaux. Le rédacteur délégué par le *Progrès médical* à la première leçon de M. Ball a certainement dépassé les instructions qui lui avaient été données. Au lieu d'une critique plus ou moins acerbe, mais au moins respectueuse de la vérité, il n'a rapporté qu'un tissu d'erreurs trop évidentes pour en imposer à personne. L'auteur a cru devoir garder l'anonyme, mais l'excuse n'est pas suffisante et, pour empêcher la récidive, il n'est peut-être pas inutile de le mettre en face de la réalité.

Nous avons eu le plaisir d'assister à la première leçon de M. Ball: la vérité est qu'il est entré 216 personnes dans un amphithéâtre construit pour 144 auditeurs; d'autres ont dû rester à la porte alors qu'il devenait matériellement impossible d'en laisser entrer davantage. Ce sont là de simples faits sur lesquels toute discussion paraît impossible et il faut avoir un singulier parti-pris pour voir les choses autrement.

Les autres imputations contenues dans l'article offrent la même valeur et il est permis de se demander si l'auteur a jamais mis les pieds dans le service de M. Ball, ou si plutôt il ne s'est pas contenté d'écrire dans son cabinet un roman sur le canevas qui lui avait été imposé.

Lorsque, après une longue attente et des oppositions de toutes sortes, M. Ball a pu enfin obtenir à l'extrémité de Paris un demi-service (1), on semblait se flatter que la distance en écarterait les étudiants. Mais dès le début M. Ball a su attirer un noyau d'auditeurs qui depuis n'a fait que s'accroître et chaque semaine le petit amphithéâtre de la Clinique est le témoin d'un succès que justifie le caractère

(1) Pendant plus de deux ans le service n'a compris qu'un pavillon d'hommes.

tère éminemment clinique et pratique de cet enseignement. Est-ce par simple dépit que des intéressés, qui n'ont pas oublié le conseil de Basile, cherchent aujourd'hui quelque bonne calomnie ?

Membre influent de la majorité du conseil général, dont dépend l'asile Saint-Anne, le rédacteur en chef du *Progrès médical* tient à cœur de rappeler en toutes circonstances sa sollicitude pour les hôpitaux et pour les étudiants. Nous prendrons la liberté de lui signaler un moyen d'accroître sa popularité : qu'il obtienne du conseil le vote d'un projet d'agrandissement de l'amphithéâtre notoirement insuffisant de la clinique de Sainte-Anne. Il pourra ainsi effacer l'œuvre de son collaborateur anonyme et il fera une bonne action dont les médecins et les élèves qui se pressent aux leçons de M. Ball lui sauront assurément gré.

Amand CHEVALLEREAU.

La pleurésie dans les maladies du cœur (*suite et fin*) (1),

Par le Dr BUCQUOY,
Membre de l'Académie de médecine, agrégé de la Faculté,
Médecin de l'hôpital Cochin.

Vers la même époque, j'observai également dans mon service d'hôpital un fait à peu près semblable, mais d'une bien autre gravité.

OBS. II. — Un marchand des quatre saisons, âgé de 68 ans, entra à Cochin dans un état de cachexie très avancée : pâle, amaigri, le facies cyanosé, les extrémités froides et bleuâtres, les membres inférieurs œdématiés sans être extrêmement volumineux. Les urines étaient albumineuses.

Le malade était très oppressé et à demi asphyxié ; la dyspnée excessive trouvait sa cause à la fois dans le cœur et dans l'appareil respiratoire

Le cœur était hypertrophié. Un bruit de souffle au second temps et à la base, avec propagation vers la pointe, et le pouls de Corrigan indiquaient de l'insuffisance aortique.

La base du poumon gauche était le siège d'une congestion caractérisée par la présence de gros râles sous-crépitants humides dans sa moitié inférieure.

A droite, les signes étaient ceux d'un épanchement pleurétique : matité, absence du murmure vésiculaire, souffle diffus et assez intense ; sons et voix donnant de la broncho-égophonie. Au-dessus de l'épanchement, respiration rude et quelques râles humides comme ceux du côté opposé.

Il y avait une expectoration catarrhale muco-purulente très abondante.

---

(1) Voir *France médicale*, nos 61 et 62.

Le foie, volumineux, était aussi très abaissé, ce qui indiquait un épanchement assez considérable.

La gravité du cas nous fit pratiquer la thoracentèse. Dès l'entrée du malade à l'hôpital, nous tirâmes un litre d'un liquide séreux, un peu sanguinolent.

Ce liquide se coagula en masse ; la proportion de globules rouges était de 7,000 par millimètre cube.

L'amélioration fut immédiate, mais de courte durée, en raison des progrès de la cachexie cardiaque. Au bout de quelques jours, la respiration s'embarrasse de nouveau et prend le rhythme dit de Cheyne-Stokes, la cyanose reparaît, la température s'abaisse même à 36°, le pouls restant à 100.

Nous voyons paraître alors un délire particulier assez fréquent dans cette période des maladies du cœur. Le malade s'imagine qu'il est emprisonné ; il fait des tentatives pour s'échapper, se livre à des violences sur les infirmiers et les personnes qui l'entourent, prend tout ce qui lui tombe sous la main pour frapper et se défendre.

De temps en temps, il se déshabille, sort de son lit et se promène nu au milieu de la salle.

Cependant, l'épanchement s'était reproduit et le malade était de nouveau menacé de suffocation. Une nouvelle ponction fut pratiquée, et, cette fois encore, soulagea le malade. Elle parut même exercer une action favorable sur le délire, car la nuit suivante fut beaucoup plus calme. Cela ne fit que reculer la mort du malade, qui succomba quelques jours après, et presque subitement.

Dans cette observation, comme dans la précédente, nous voyons la pleurésie, et non l'hydrothorax, survenir comme complication dans la cachexie la plus avancée. Ici encore nous pouvons noter les bons effets de la thoracentèse, malgré les conditions éminemment défavorables dans lesquelles elle fut pratiquée.

Je ne citerai plus qu'un seul exemple qui a beaucoup d'analogie avec les précédents ; nous avons pu le suivre d'autant mieux que le malade est venu à diverses reprises à l'hôpital et a fini par y succomber.

Obs. III. — C'était un homme de 50 ans, qui avait eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, la première à 20 ans, la dernière à 38 ans. Le rhumatisme avait laissé du côté du cœur des lésions permanentes : hypertrophie et rétrécissement mitral.

Deux fois, l'année précédente, ce malade était venu à Cochin atteint de congestion pulmonaire ; depuis, il s'était toujours plaint de dyspnée.

Ce fut encore de la dyspnée qui le ramena à l'hôpital ; mais cette fois, aux signes de congestion pulmonaire s'ajoutaient ceux d'un épanchement médiocre du côté droit.

La dyspnée était tellement considérable que, deux jours après son

entrée, quoique la quantité du liquide pleurétique ne fût certainement pas très abondante, la thoracentèse fut pratiquée.

Elle donna un litre de liquide séreux, citrin, peu coagulable.

A la suite de l'opération, la fièvre tombe, la respiration devient plus facile, on entend à la base de la poitrine des frottements manifestes. Mais bientôt le liquide se reproduit avec rapidité, et quinze jours après une nouvelle ponction est devenue nécessaire. On retire 1100 centim. cubes de liquide citrin, légèrement teinté de sang (520 globules rouges par millimètre cube).

Une troisième ponction est encore faite au bout de douze jours et donne 1600 centim. cubes d'un liquide qui reste séreux.

Peu de temps après apparaissent des symptômes de délire, comme ceux que nous avons notés dans l'observation précédente. Le malade devient très agité, crie, jure, se lève pour faire ses besoins au milieu de la salle, etc., ce qui oblige à lui mettre la camisole de force.

Cependant l'épanchement ne paraît plus se reproduire; on perçoit de nombreux frottements, mais la respiration s'entend dans toute la hauteur du poumon.

Quelque temps après, la dyspnée revient avec des crachats hémoptoïques. L'état du malade s'aggrave beaucoup, ses traits s'altèrent profondément, il maigrit à vue d'œil; l'oppression est extrême, l'agitation plus grande, le pouls petit, fréquent et très irrégulier. Des ecchymoses en plaques irrégulières se montrent par places sur les membres.

Le caractère de l'expectoration indiquait comme complication de l'apoplexie pulmonaire. Le siège de l'infarctus se révélait à gauche, en bas et en arrière, par de la matité, du souffle tubaire et des bouffées de râles crépitants.

La mort survint peu de jours après, avec une raideur tétanique du cou et du thorax qui ne permettait plus d'asseoir le malade.

Les lésions à l'autopsie ont été exactement celles que nous avions supposées.

La surface du cœur présentait des traces de péricardite récente; les parois ventriculaires étaient considérablement hypertrophiées, sans dilatation de la cavité; l'orifice mitral rétréci, mais non insuffisant, le rétrécissement résultant de l'épaississement des valves de la mitrale qui étaient en outre soudées à leurs extrémités.

Des lésions athéromateuses importantes s'étendaient à tout le système artériel, d'où la néphrite interstitielle constatée dans les deux reins, quoiqu'il n'y ait pas eu d'albuminurie, et l'altération profonde des artères cérébrales à laquelle il faut rapporter sans doute le délire observé dans les derniers temps de la vie du malade.

La plèvre droite, trois fois ponctionnée, présentait des adhérences

dans toute son étendue. Elles étaient récentes et faciles à détruire. A la base en arrière, il restait encore un épanchement circonscrit de liquide séro-fibrineux enkysté, d'un volume approximatif de 300 à 400 centimètres cubes.

A ce niveau, le lobe inférieur était affaissé et bridé par l'épaississement de la plèvre.

Au-dessus, le poumon droit débordait en formant d'épais bourrelets d'un tissu presque emphysémateux.

A gauche, il n'y avait pas de liquide dans la plèvre, malgré la présence d'un infarctus noirâtre siégeant dans l'épaisseur du poumon gauche, en arrière, sous forme d'un noyau du volume d'une grosse noix, environné de toute part du tissu pulmonaire atélectasié et offrant une coloration noirâtre, indice de l'exhalation sanguine dont il avait été lui-même le siége.

Je me suis laissé aller à donner des détails assez étendus sur ces trois observations, parce qu'il m'a semblé qu'à l'intérêt qu'elles présentaient à un point de vue général s'ajoute la possibilité d'en tirer quelques déductions relatives à l'objet de ce travail.

Il ressort en effet de la lecture de ces observations que, malgré les conditions particulières de dyscrasie dans lesquelles elles se développent, les pleurésies secondaires chez les cardiaques sont absolument distinctes de l'hydrothorax et réunissent tous les caractères qui appartiennent aux phlegmasies pleurales.

Elles n'ont pas l'acuité des pleurésies franches et accidentelles. Comme nous l'avons précédemment établi, elles se rapprochent par leur début insidieux, par leur marche lente, par leurs réactions faibles, des pleurésies latentes dont elles diffèrent toutefois en ce qu'elles n'ont pas leurs vastes épanchements.

C'est une particularité sur laquelle on ne saurait vraiment trop insister que ce peu de tendance des pleurésies secondaires à s'étendre et à former de grands épanchements. Ne devrait-on pas supposer que la période avancée de la maladie cardiaque dans laquelle elles se manifestent ordinairement, les progrès de la cachexie, l'albuminurie souvent concomitante, soient des conditions capables de favoriser l'accroissement rapide du liquide épanché? Sur ce point, l'observation clinique donne un démenti complet à la théorie, l'hypothèse est renversée par le fait.

On voit donc, en définitive, que les pleurésies des cardiaques se comportent généralement à la manière des pleurésies subaiguës et non symptomatiques. Comme celles-ci, elles persistent un temps plus ou moins long à l'état d'épanchement circonscrit et de médiocre volume, jusqu'au moment où la résorption fait disparaître le liquide et, avec lui, à peu près toute trace de cette complication. La guérison est donc la terminaison assez ordinaire.

Seulement, par cela même que la pleurésie accompagne une maladie du cœur ordinairement avancée, elle doit être toujours, malgré sa bénignité apparente, considérée comme une complication sérieuse. A cette époque tardive de la maladie, elle apporte nécessairement dans les fonctions cardiaques déjà fortement compromises une perturbation profonde qui aggrave l'asystolie s'il en existe déjà, ou en provoque le développement, si celle-ci est seulement imminente.

D'où la conclusion qu'il est d'un grand intérêt de surveiller toujours attentivement l'état de la plèvre et de se tenir prêt à combattre énergiquement les complications pleurétiques si fréquentes dans les périodes avancées des maladies du cœur.

Nous avons dit que ces pleurésies secondaires sont curables.

Ce fait de leur curabilité est un point capital à faire ressortir dans ce parallèle avec l'hydrothorax. Celui-ci, en effet, l'un des phénomènes ultérieurs des affections cardiaques, participe nécessairement de leur incurabilité.

Il n'y a pas lieu de s'étendre ici sur les moyens à employer pour combattre la complication qui fait l'objet de ce travail : ce sont évidemment ceux qui sont la base du traitement de la pleurésie ordinaire. Je ne veux insister que sur la nécessité d'une intervention prompte et active, car il faut tâcher d'abréger la durée d'une maladie dont l'action sur les désordres cardiaques n'est que trop évidente.

Mais il arrive souvent que le traitement, si bien dirigé qu'il soit, reste inefficace et que l'épanchement persiste avec toutes ses conséquences fâcheuses. C'est alors que vient se poser la question de l'opportunité de la thoracentèse. Quelle est la conduite à tenir ? La thoracentèse doit-elle être employée et dans quels cas faut-il la pratiquer ?

Nul doute que beaucoup de médecins éprouvent en général une répugnance extrême à faire la thoracentèse dans les conditions mauvaise où sont les malades atteints de maladies du cœur compliquées de pleurésie. Il arrive parfois cependant quo, malgré cette répugnance, ils aient la main forcée par la nécessité d'arrêter des phénomènes d'asphyxie imminente dans certains cas d'épanchements considérables. Ce sont là des opérations dites de nécessité qui n'ont d'autre objet que de prolonger la vie du malade.

Tout autre est la prétention de ceux qui, comme moi, se déclarent partisans de la thoracentèse appliquée aux complications pleurétiques des maladies du cœur.

Dans celle-ci, autant que dans la pleurésie aiguë ordinaire, la thoracentèse trouve ses indications, et quelquefois elles sont impérieuses. Ce n'est pas toujours dans l'abondance du liquide épanché qu'il faut les chercher, nous avons montré au contraire que souvent l'épanchement était et restait peu considérable. Mais la nécessité de ne pas

temporiser lorsque la pleurésie aggrave manifestement la maladie cardiaque, les effets lents et incertains d'une médication en opposition avec le soulagement immédiat obtenu par la soustraction rapide du liquide pleurétique, l'état cachectique des malades peu capables par conséquent de faire par eux-mêmes les frais de leur guérison, sont des considérations qui doivent fortement peser sur l'esprit du médecin et l'engager souvent à recourir à la thoracentèse.

L'indication sera formelle si, avec un épanchement suffisant, je ne dis pas considérable, il y a dyspnée intense et aggravation sensible de l'état du malade. En pratiquant la thoracentèse, non seulement on est en droit d'espérer qu'on arrêtera les progrès de la maladie et qu'on préviendra une asphyxie imminente, mais souvent même cette intervention opportune aura pour effet la guérison rapide de la pleurésie et la disparition des phénomènes d'asystolie qu'elle entretenait.

Les résultats obtenus, lorsqu'on suit ces indications, sont singulièrement encourageants. On vient de voir ce qu'a donné la thoracentèse dans quelques faits pris au hasard. J'aurais pu en rapporter beaucoup d'autres aussi favorables, car une pratique déjà ancienne m'a fourni l'occasion d'en réunir un certain nombre. Plusieurs de ces faits remontent à plus de dix ans. Dès 1872, mon ami et collègue, M. Bouilly, alors mon interne, en recueillait dans mon service qu'il faisait figurer plus tard dans l'intéressant mémoire qu'il publia en 1876 dans les *Archives de médecine*, sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement.

Cette pratique est aussi celle adoptée par plusieurs de mes collègues des hôpitaux. Je n'en veux pour preuve que les analyses nombreuses faites à l'hôpital Necker par M. Méhu avec des liquides recueillis dans les mêmes conditions. Je ne sache pas que les deux éminents professeurs qui les ont fournis, MM. Potain et Laboulbène, aient eu à se repentir des ponctions qu'ils avaient faites.

Si j'ai tenu à faire ressortir l'utilité certaine de la thoracentèse pour ces cas de pleurésie secondaire chez les cardiaques où trop souvent on hésite à la pratiquer, je ne veux pas qu'on suppose un instant que je la conseille comme moyen ordinaire de traitement. En cherchant à établir que ces pleurésies, absolument distinctes des hydrothorax, sont des inflammations de médiocre intensité, à forme subaiguë, à épanchements peu abondants et circonscrits, en les donnant aussi comme facilement curables, j'ai indiqué par là que l'intervention active par la thoracentèse ne doit pas être ordinairement nécessaire.

En effet, un traitement médical bien dirigé, dans lequel il est sage de faire entrer pour une bonne part l'emploi de la digitale, suffit en

général pour arrêter ces complications pleurétiques et amener une guérison assez prompte.

On peut dire que cette terminaison est la règle lorsque le liquide épanché est peu abondant, la dyspnée modérée et les phénomènes asystoliques passagers.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

M. le président déclare une vacance dans la section de thérapeutique.

M. le président annonce que mardi prochain l'Académie se formera en comité sécret à 4 heures pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les candidats dans la section de physique et de chimie.

CRAYON-FEU. — *M. le Dr Moser* rappelle que dans les cas de piqûre par des animaux venimeux ou de morsure par des chiens enragés, le succès dépend de la rapidité et de la profondeur des cautérisations. Il présente à ce sujet un crayon-feu très portatif et très résistant qui s'enflamme instantanément avec une allumette et peut rester enflammé pendant 12 à 30 minutes selon son volume. Il est fabriqué avec le mélange suivant :

Poudre de charbon	30 grammes.
Nitrate de potasse	4 —
Fer porphyrisé	5 —
Poudre d'agglomérats divers	Q. S.
Benjoin	1 gramme.

dose pour 40 crayons.

Le crayon-feu peut remplacer le thermo-cautère pour appliquer des pointes de feu ou faire des cautérisations transcurrentes.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — *M. Lancereaux*, D'après la date du début de la fièvre typhoïde chez les malades observés à l'hôpital de la Pitié, l'incubation ayant une durée d'une quinzaine de jours, l'infection paraît s'être produite vers le 10 septembre. M. Lancereaux examine les deux hypothèses de la transmission de la fièvre typhoïde par l'air ou par l'eau ; il rapporte certains faits qui prouvent que l'eau contenant des matières animales en putréfaction peut être une cause de fièvre typhoïde.

L'épidémie actuelle paraît avoir sa cause dans l'eau. Il importerait d'être exactement renseigné sur la distribution des eaux dans Paris. La fièvre sévit généralement avec une intensité nouvelle au mois de juillet pour se continuer pendant les six derniers mois de l'année; or, certaines eaux deviennent rares au mois de juillet ; d'au-

tre part ce mois et les mois suivants sont ceux qui sont les plus propices à la putréfaction des matières animales.

L'encombrement ne joue aucun rôle dans l'épidémie actuelle, car les quartiers les plus encombrés, comme le Mail, Bonne-Nouvelle, ne sont pas atteints.

M. Lancereaux rapporte donc la fièvre typhoïde à une cause spécifique. Quel que soit l'agent morbigène, il y aura toujours beaucoup de difficulté à le détruire. Le traitement que M. Lancereaux préconise est celui des indications. M. Lancereaux donne la digitale et le laudanum à la dose de 1 gr. 50, surtout chez les alcooliques ; il donne en outre de l'ipéca, des lavements phéniqués et emploie de même l'acide phénique pour panser les éruptions et les eschares.

Mais il faut surtout s'appliquer à la prophylaxie de la fièvre typhoïde, et comme la maladie est due à une cause spécifique, on peut espérer la voir disparaître. M. Lancereaux demande pour cela un tableau indiquant d'une façon exacte la distribution des eaux dans la capitale et les changements que l'on peut être dans la nécessité d'y apporter.

M. Léon Colin étudie l'influence de l'encombrement sur le développement de quelques maladies, cette influence a été beaucoup exagérée. Cependant, pour la fièvre typhoïde, M. Colin admet la génération spontanée de cette maladie dans certains milieux.

Les épidémies de fièvre typhoïde se voient parfois à la même époque dans divers points très éloignés les uns des autres ; ne faut-il donc pas diminuer la part des causes locales pour admettre une influence générale se manifestant à la fois sur les localités les plus éloignées. Ce sont surtout les foyers d'encombrement qui ont le moins besoin des causes extérieures pour amener l'irruption de cas de fièvre typhoïde. L'action des foyers d'encombrement est beaucoup plus évidente que celle des foyers putrides.

M. Colin admet donc la prééminence de l'encombrement dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. Pour empêcher de nouvelles épidémies, il ne faut pas seulement obtenir l'assainissement des localités et la désinfection des cours d'eau ; il faut encore demander l'isolement des malades, et M. Colin désire que le Conseil municipal vote des fonds pour l'assurer.

M. Bouchardat divisera sa lecture en deux parties ; dans la première, il traitera de l'hygiène étiologique de la fièvre typhoïde ; dans la seconde, il étudiera la thérapeutique hygiénique.

Un premier fait domine toute l'étiologie : le germe morbide de la fièvre typhoïde existe d'une façon continue et progressive dans les grandes villes, à Paris en particulier. Non seulement, en effet, la fièvre typhoïde existe en permanence à Paris, mais elle suit une marche progressive. Où réside ce germe morbide ? On a incriminé le sol,

les eaux, l'air, les vêtements, les aliments. Le germe morbide existe en effet partout.

On a beaucoup fait depuis quelque temps à Paris. Les particuliers et les pouvoirs publics ont rivalisé de zèle ; il ne faut donc pas diminuer les mérites de chacun.

Vu l'heure avancée, M. Bouchardat interrompt sa lecture qu'il achèvera dans la prochaine séance.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chatin sur les candidats au titre de membre correspondant national dans la quatrième division.

NOUVELLES

Mutations dans les hôpitaux de Paris. — Par suite de l'ouverture de nouveaux services de l'hôpital Bichat et de l'hôpital d'Ivry le 1er décembre prochain, les mutations suivantes vont avoir lieu parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux :

Médecins. — M. Gérin-Roze passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Bichat.

M. Gouguenheim passe de Lourcine à l'hôpital Bichat.

M. Landouzy, médecin du Bureau central, prend le service de l'hôpital Tenon.

M. Rathery, médecin du Bureau central, prend le service de Lourcine

Chirurgiens. — M. Terrier passe de la Salpètrière à l'hôpital Bichat.

M. Delens passe de Tenon à Saint-Antoine.

M. Gilette passe de Bicêtre à Tenon.

M. Monod, chirurgien du Bureau central, prend le service d'Ivry.

Si M. Marchand prend le service de Bicêtre, M. Berger restera à Lourcine et M. Pozzi, chirurgien du Bureau central, deviendra titulaire de la maternité de Cochin. Si M. Marchand restait à Cochin, M. Berger prendrait Bicêtre et M. Pozzi Lourcine. — La décision de M. Marchand n'est pas encore connue.

Reconstruction de la Morgue. — Par arrêté du 22 novembre, il est institué une Commission chargée d'étudier un plan général et d'élaborer un programme pour la reconstruction de la Morgue.

Cette Commission sera composée de : M. le Préfet de la Seine, président ; MM. Vergniaud, secrétaire général de la Préfecture de la Seine ; Vel-Durand, secrétaire général de la Préfecture de police, vice-président ; Law, procureur de la République près le tribunal de la Seine ; Dr Decorse, Yves Guyot, conseillers généraux ; Alphan, directeur des travaux de Paris ; Huet, sous-directeur ; Béclard, doyen de la Faculté de médecine ; Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine ; Brouardel, médecin-inspecteur de la Morgue ; Descouts, médecin-adjoint ; Bezançon, chef de la 2e division à la Préfecture de police ; Ch. Girard, chef du laboratoire municipal ; Mensat, chef de la division d'architecture à la Préfecture de la Seine ; Louvard, chef du bureau des travaux du département

et de l'Etat à la Préfecture de la Seine; Kermant, Daumet, architectes, Androuet, ingénieur civil, secrétaire.

Lycées de Paris. — M. le Dr Lancereaux, agrégé, membre de l'Académie de médecine, est nommé médecin du lycée Louis-le-Grand.

— M. le Dr Ollivier, agrégé, médecin des hôpitaux, est nommé médecin du lycée Saint-Louis.

Récompenses honorifiques. — Parmi les récompenses décernées pour actes de courage ou de dévouement, d'après un rapport du ministre de l'intérieur et des cultes en date du 18 novembre, nous remarquons les suivantes :

Savoie (Haute) ; M. A. 2e classe. — Dr Garnier, maire de la commune de Montriond.

Juillet 1882: le Dr Garnier a contracté une grave maladie en prodiguant ses soins à une enfant qui avait été retirée de la Dranse par le sieur Premat, et qu'il est parvenu à rappeler à la vie.

Seine : Mention honorable. — Tréhyou (François-Marie), pharmacien à Paris; 26 mars 1882.

A arrêté un cheval emporté attelé à une voiture.

— M. le Dr Luzaray, de Mézin (Lot-et-Garonne), ayant, à Biarritz, le 3 septembre 1882, sauvé, au péril de sa vie, une personne qui avait été précipitée par une lame dans le bassin du port, vient de recevoir une médaille d'honneur (médaille d'argent de 2e classe).

Ecole pratique. — M. Mallez recommencera son cours de pathologie et de chirurgie *des voies urinaires* le jeudi 30 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine, pour le continuer les jeudis suivants à la même heure.

L'anatomie pathologique sera présentée en projections *photo-micrographiques.*

Exposition générale de Bordeaux, classe 76, médecine et chirurgie. — *Diplômes d'honneur.* — 1° Société française de secours aux blessés de terre et de mer et matériel d'ambulance, Bordeaux.

2° Société nouvelle de construction, système Tollet, pour les ambulances, tentes et plan d'hôpital, Paris.

3° Pennès (J.-A.). Vinaigre antiseptique, Paris. Nous félicitons M. Pennès de cette distinction nouvelle et si bien méritée, car son produit est employé actuellement avec un véritable succès dans les hôpitaux de Paris, pour le traitement de la *fièvre typhoïde.*

Exposition de Bordeaux. — *L'eau de Rubinat.* — Nous sommes heureux d'enregistrer le nouveau triomphe dont l'Eau purgative de Rubinat vient d'être l'objet à l'exposition de Bordeaux.

En accordant à cette eau minérale naturelle la plus haute récompense que le jury puisse décerner, le diplôme d'honneur, on a reconnu une fois de plus la supériorité incontestable de cette eau sur toutes ses rivales allemandes.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 64 SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 64 Samedi 2 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE (1).

Leçons sur la thérapeutique de la métrite. (*Suite.*)

Par M. L. MARTINEAU,
Médecin de l'hopital de Lourcine.
Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

Les vaisseaux lymphatiques sont très importants à connaître, car la lymphangite joue un rôle énorme dans la pathogénie des affections périutérines, pathogénie sur laquelle j'ai insisté un des premiers en montrant avec pièces à l'appui que la lymphangite périutérine est une lésion adéquate à la métrite et que toutes les inflammations périutérines sont la conséquence de la lymphangite ou de l'adéno-lymphite ainsi que je l'ai dénommée.

L'origine des lymphatiques utérins a été l'objet de plusieurs travaux. Je citerai ceux de Lucas-Championnière, Fioupe, Frigolin, Gerhardt, Léopold. Cette origine a lieu au niveau de lacunes lymphatiques que renferme la tunique muqueuse. Ces lacunes communiquent entre elles par des anastomoses fréquentes. Dans la tunique musculaire, les lymphatiques sont accolés aux artères et aux veines, au nombre de un ou deux pour chaque artère ou chaque veine. Ce fait nous donne l'explication anatomique des abcès survenant dans l'épaisseur de l'utérus à la suite de la métrite suraiguë ou puerpérale. Ces abcès siègent ordinairement au niveau de la tunique musculeuse. Mais on peut en trouver dans l'épaisseur de la muqueuse. Leur point de départ réside dans les lymphatiques. Mierzejewski, de St-Pétersbourg, a vu, par des injections délicates, que les lymphatiques forment deux réseaux sous-péritonéaux. Le réseau superficiel est situé immédiatement sous le péritoine qu'il soulève, lorsqu'il est injecté, et auquel il communique un aspect chagriné. Le second réseau plus profond est placé au-dessous de la couche cellulaire sous-séreuse. L'existence et la disposition de ces réseaux vous expliquent pourquoi la pelvi-péritonite postérieure est si fréquente dans la métrite. Je ne fais pas allusion ici à la pelvi-péritonite décrite par Bernutz, mais à la *pelvi-péritonite adhésive* que tous les jours je vous apprends à connaître par le toucher, et que je considère comme une conséquence presque obligée de la lymphangite postérieure.

Les deux réseaux sous-péritonéaux s'anastomosent entre eux, et

(1) V. *France médicale*, nos 53, 54 et 57.

c'est du plus profond que partent les gros troncs lymphatiques qui vont aboutir aux ganglions pelviens, en suivant les ligaments larges.

Les lymphatiques du corps de l'utérus suivent les artères utéro-ovariennes et se jettent dans les ganglions lombaires. Ceux du col se rendent à des ganglions multiples, et principalement à un ganglion à peu près constant, situé dans l'épaisseur du ligament large, au niveau de son angle interne et inférieur. C'est le *ganglion de l'isthme* sur lequel a insisté Lucas-Championnière, après Cruveilher qui l'a très bien décrit. Les autres vaisseaux lymphatiques aboutissent aux ganglions qui se trouvent sur les parois de l'excavation pelvienne, au niveau des régions obturatrice, sacrée, pubienne. Les ganglions situés derrière le pubis (ganglions post-pubiens) ont été très bien décrits par Cruveilher et plus tard par Alphonse Guérin.

Les nerfs émanent des plexus hypogastrique et ovarique. Ils accompagnent les vaisseaux et vont aboutir aux éléments musculaires et à la muqueuse. Leur terminaison dans cette dernière est inconnue.

Cet exposé succinct sur la structure de l'utérus et surtout sur la disposition des lymphatiques me permet de vous rappeler en quelques mots quelles sont les lésions élémentaires de la métrite afin de vous mettre à même de bien apprécier les altérations anatomiques subies par l'utérus et leur évolution.

L'inflammation, vous le savez, est essentiellement caractérisée par un trouble de nutrition, dont le premier terme est une congestion et le résultat final une transformation des tissus intéressés dans le cas où la résolution ne s'effectue pas, d'où l'inflammation aiguë et l'inflammation chronique. Il est à remarquer seulement que, parfois, et c'est le cas surtout pour l'utérus, l'état aigu fait défaut; la congestion existe bien, mais elle ne se présente pas avec ces caractères d'acuité que nous trouvons sur les autres organes, et l'état chronique s'établit pour ainsi dire d'emblée.

Quoi qu'il en soit, le premier degré de cette affection consiste en une congestion du tissu de l'utérus. Rapidement il s'épanche des produits nouveaux, inflammatoires. Si ces produits ne se résolvent pas, la métrite passe à un deuxième degré. Elle est chronique et le travail morbide ne peut plus rétrocéder, à cause des modifications notables éprouvées par les produits exsudés.

J'omets à dessein de vous parler de certaines classifications des lésions anatomo-pathologiques de la métrite, car elles sont purement artificielles et n'ont qu'une valeur théorique. Ainsi on a décrit une endométrite localisée à la muqueuse et une métrite parenchymateuse. Même quelques auteurs ont admis une *perimétrite* pour expliquer les symptômes de l'adéno-lymphite qu'ils ne connaissaient pas. D'autres décrivent encore une métrite du corps ou interne et une métrite du col ou externe.

Toutes ces classifications n'ont aucune réalité. La métrite est une. Elle commence toujours par la muqueuse et envahit rapidement le parenchyme. Donc, il n'y a que des métrites mixtes. D'emblée, les lésions sont diffuses et occupent la totalité de l'organe. Jamais elles ne se localisent au col ou au corps de l'utérus.

Ceci établi, examinons avec détails les lésions anatomiques des tissus et d'abord celles de la muqueuse. On peut diviser ces lésions en : *lésions anatomiques* et *lésions variables*, qu'on envisage soit la métrite aiguë, soit la métrite chronique. Occupons nous d'abord des lésions constantes de la métrite aiguë.

La muqueuse est hyperhémiée et présente une coloration rouge plus ou moins intense, généralisée et uniforme ou localisée et disséminée. De plus, la muqueuse est tuméfiée et épaissie, parce qu'elle est le siège d'un épanchement de lymphe plastique. Elle est friable, se détache facilement des parties sous-jacentes, et offre à sa surface de petites saillies qui pour Aran sont constituées par des éminences papillaires, tandis que pour d'autres auteurs elles sont produites par les orifices utriculaires. De Sinéty les rapporte à un produit plastique de nouvelle formation. On peut leur imposer le nom de granulations.

Dans les cas très aigus, on peut voir des ecchymoses au niveau de la muqueuse. On les constate principalement dans la métrite traumatique résultant de l'avortement (Tardieu).

La muqueuse présente souvent des dénudations épithéliales, des exulcérations. Un mucus jaunâtre, sanguinolent, la tapisse.

La cavité interne est peu dilatée, et ordinairement l'orifice interne du col est oblitéré, à cause de la congestion inflammatoire.

L'adéno-lymphite existe toujours et témoigne de la propagation de la phlegmasie aux vaisseaux et ganglions lymphatiques péri-utérins.

Le parenchyme utérin est augmenté de volume. Dans certaines circonstances, la cavité de l'organe est considérablement dilatée, et *a priori*, dans ces cas, on peut être certain que le parenchyme est profondément lésé.

Les lésions variables de la métrite aiguë consistent dans l'oblitération complète des orifices de l'utérus, et une dysménorrhée consécutive plus ou moins pénible.

L'hydrométrie, ou accumulation de liquide dans l'utérus, peut survenir sous la même influence. Quelquefois on observe de petits kystes (kystes folliculaires de Huguier) dus à l'oblitération du goulot des follicules.

La métrite chronique, comme la métrite aiguë, offre des lésions *constantes* et des lésions *variables*. Comme lésions constantes, je signalerai l'épaississement considérable de la muqueuse, qui est ardoisée, veloutée, et qui présente à sa surface des saillies papillaires

très développées. Souvent elle est dénudée de son épithélium, qui, de cylindrique qu'il est normalement, devient pavimenteux. Cette transformation remarquable est presque constante. A la surface du col, on voit un liquide glutineux, louche, granuleux ou purulent, très adhérent aux parois. Tous les éléments de la muqueuse (glandes, vaisseaux, derme) sont sensiblement hypertrophiés.

La cavité utérine est dilatée, de même que l'orifice du col. Aussi l'hystéromètre pénètre-t-il avec facilité et se meut-il aisément dans la cavité de la matrice. Ordinairement, le volume total de l'utérus est augmenté.

Du côté du parenchyme, on constate que l'orifice du col devient plus ou moins irrégulier, entr'ouvert. Parfois le tissu est mou; habituellement il est hypertrophié. Sa coloration est rouge d'abord, puis anémiée. A la fin, la sclérose devient envahissante, et le tissu musculaire subit une dénutrition par le fait de l'étouffement des éléments anatomiques sur le tissu hyperplasié. Peu à peu les fibres musculaires s'atrophient.

Les *lésions variables* de la métrite chronique consistent en : végétations utérines ou fongosités, tantôt formées par une augmentation des vaisseaux, fongosités cellulo-vasculaires, tantôt par une augmentation des papilles dermiques, fongosités cellulo-fibreuses. Cette division est importante, car les premières fongosités donnent lieu à des ménorrhagies, tandis que la leucorrhée est surtout le fait des secondes.

On trouve sur le col des granulations, sur la nature desquelles je me suis déjà expliqué. Habituellement, les cellules épithéliales des follicules ont subi une dégénérescence graisseuse qui leur donne une coloration jaunâtre (acné du col).

Les ulcérations du col sont de même des lésions variables. Elles s'offrent sous des aspects multiples. De Sinéty a insisté sur un point. c'est que les ulcérations du col sont moins fréquentes qu'on serait tenté de le croire. En effet, souvent le col paraît ulcéreux, alors que cet aspect particulier est dû simplement à une modification du revêtement épithélial, et non à une ulcération véritable. Pour moi, les déplacements utérins (déviations et flexions) sont aussi le plus ordinairement des lésions variables de la métrite chronique.

Parmi ces lésions variables de la métrite chronique, je mentionnerai encore l'exfoliation de la muqueuse ulcérée, connue sous le nom de dysménorrhée pseudo-membraneuse, et qui, étant liée intimement à la métrite, mérite de préférence la désignation de métrite exfoliatrice. Elle est constituée par une desquamation épithéliale et par les éléments de la muqueuse.

La diversité des lésions que je viens de signaler vous explique la diversité des modalités cliniques de la métrite, tant au point de

vue anatomo-pathologique que symptomatique. C'est en vous rendant un compte exact de la prédominance des phénomènes morbides locaux ou généraux, que vous ferez une bonne thérapeutique de la métrite. Telle ou telle lésion, comme tel ou tel symptôme, fournit une indication thérapeutique spéciale.

La métrite aiguë a une évolution rapide (2 ou 3 mois). L'évolution de la métrite chronique est longue. Aussi a-t-on souvent répété qu'elle était incurable. C'est un mot qu'il faut rayer. Si on ne guérit pas la métrite, c'est que les bases de la thérapeutique ne reposent pas sur les trois facteurs que j'ai indiqués. Personnellement, sur 4,000 cas de métrite au moins, je n'ai pas eu un seul insuccès.

En terminant, j'ajoute que la métrite non constitutionnelle se guérit beaucoup plus rapidement que la métrite constitutionnelle. C'est un fait que vous comprenez très facilement et sur lequel je n'insiste pas.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1882. — Présidence de M. Labbé.

M. Badal (de Bordeaux) lit une observation d'élongation de la branche externe du nerf nasal contre des douleurs ciliaires excessives.

M. Chavernac (d'Aix) lit un travail sur l'extraction de la cataracte et propose de revenir à la méthode de Daviel.

Tarsotomie dans le pied bot (*suite*). — *M. Monod* présente au nom de M. Polaillon les deux malades opérés par M. Beauregard, dont il a été question dans le rapport de M. Polaillon, lu à la dernière séance.

M. Després constate que les enfants qu'on leur montre donnent mieux que les moulages une idée plus exacte des résultats de la tarsotomie. La petite fille paraît mieux que ne l'indiquait le moule. Le petit garçon porte encore une mécanique, et aura un autre pied bot. La petite fille n'est pas aussi malade qu'elle en avait l'air. Le soulier qu'elle portait avant l'opération le montre, car elle marchait sur la plante du pied, et le bord externe n'est pas beaucoup plus usé que le droit.

Ces résultats même constatés sur les enfants ne doivent pas nous engager à faire la tarsotomie; les malades ne marchent guère mieux qu'avant.

M. Trélat désire parler d'un fait qui a quelque rapport avec le sujet en question.

Alors qu'il était à l'hôpital de la Charité, il a eu à soigner un jeune

homme de 20 ans, atteint de mal de Pott et porteur d'un vieil abcès par congestion au niveau du pli de l'aine (abcès résiduex de Paget); il le traita et le guérit par le grattage. L'abcès avait amené une paralysie des extenseurs du pied, d'où la production d'un pied bot varus équin ; le malade marchait sur la face dorso-externe du pied.

Il avait déjà subi plusieurs ténotomies. Je fis moi-même la ténotomie du tendon d'Achille et celle du long péronier latéral, je mis des appareils plâtrés, en gutta-percha, je n'obtins aucun résultat.

M. Collin me fabriqua un appareil un peu analogue à celui dont on se sert pour le redressement du genu valgum. Il était formé d'une portion fixe qui immobiliserait la jambe et l'arrière-pied; celui-ci était maintenu entre deux murailles de gutta-percha, moulées sur lui.

L'autre partie, mobile sur la précédente, était formée de deux plaques de gutta-percha moulées sur l'avant-pied et l'emboîtant solidement. A cette dernière partie était fortement fixée une longue tige. à l'autre extrémité de laquelle se trouvait une barre transversale qui faisait ressembler l'ensemble à une tarière de charpentier. Grâce à cette barre dont je me suis servi comme d'un levier, j'ai pu mobiliser l'avant-pied dans tous les sens ; j'ai ramené le pied dans la rectitude, j'ai défléchi et mis dans un appareil plâtré.

Au bout de deux mois, le malade put quitter l'hôpital avec un soulier qui permettait la marche presque sans claudication.

Mais le malade, au bout d'un certain temps, quitta son soulier et se mit à marcher avec un chausson ; il rentra l'année dernière à l'hôpital Necker, le pied bot s'était reproduit. Je songeais à lui faire la tarsotomie, mais auparavant je voulus essayer de l'appareil Collin qui avait servi la première fois ; il ne put pas nous être utile, la conformation du pied étant changée. M. Collin eut l'obligeance de faire un nouvel appareil moulé sur le nouveau pied. Je parvins comme la première fois à redresser le pied, et à le mettre à angle droit sur la jambe et dans la rectitude. Je mis un appareil plâtré ; le malade put quitter l'hôpital marchant bien avec un soulier approprié.

Ce résultat sera-t-il définitif? Je n'en sais rien, mais ce que je sais, c'est que par les moyens rapides, comme ceux que je viens d'indiquer, on peut obtenir un redressement et un changement de forme complet, quand on opère sur des pieds comme ceux qu'on vient de nous présenter.

Je ne veux pas, et on ne doit pas comparer entre eux tous les pieds bots; les uns relèvent de la tarsotomie, les autres de l'orthopédie, mais on peut dans un grand nombre de cas obtenir des résultats très bons par l'emploi d'appareils mécaniques.

M. Monod tient à faire observer à M. Després que la petite malade marchait avec des béquilles avant l'opération.

MACROGLOSSIE CONGÉNITALE. — *M. Périer* lit un rapport sur une observation de macroglossie congénitale envoyée par M. Guerlain (de Boulogne).

Il a vu l'enfant au moment de la naissance; la langue était pendante hors de la bouche; la partie procidente mesurait 5 centimètres de long, 4 de largeur, 2 d'épaisseur; elle couvrait le menton; la portion intra-buccale paraissait mesurer 3 centimètres; il était difficile de la mesurer, car on pouvait à peine introduire un manche de cuiller à café entre la langue et l'arcade dentaire.

La coloration de la face supérieure est normale, les papilles sont volumineuses; la face inférieure et les bords latéraux sont bleuâtres.

Il ne jugea pas à propos d'intervenir, et conseilla de nourrir l'enfant à la cuillère.

L'enfant se développa, sans que la langue augmentât de volume; de temps en temps survenaient des ulcérations qui étaient facilement guéries par le miel rosat; la dentition se fit sans accidents; les dents inférieures étaient obliques en avant, les supérieures verticales.

La langue a comparativement diminué de volume, car la malade peut la rentrer volontairement.

Aujourd'hui, l'enfant a 6 ans et est bien développée; mais, depuis quelques jours, la langue rentre moins facilement, devient plus volumineuse; il faut songer à une opération chirurgicale. L'auteur demande l'avis de la Société; il pense se servir de l'écraseur.

Le rapporteur conseille d'abord de faire de l'ignipuncture qui a donné de bons résultats à un chirurgien étranger.

CACHEXIE PACHYDERMIQUE CONSÉCUTIVE A UN TRAUMATISME DU COU. — RAPPORT. — *M. Périer* lit un rapport sur une observation ayant ce titre, envoyée par M. Guerlain (de Boulogne).

Le sujet est une enfant de 15 ans, qui s'était bien portée jusqu'à l'âge de 18 mois; elle fit alors une chûte bien peu grave, puisque la mère ne s'en aperçut pas. Bientôt après, elle cessa de grandir.

Elle a maintenant 85 centimètres de hauteur et ne peut marcher; les mains et les pieds sont cyanosés et indurés; le cou est atteint aussi d'œdème dur. Ventre volumineux, intelligence médiocre, mais a pu apprendre à lire; pas de déformation du squelette; il n'y a que 4 dents en haut et 6 en bas.

On pourrait rapprocher cette observation de celle publiée par Bourneville et d'Olier sous le nom de cachexie avec myxœdème dans le *Progrès médical* de 1880.

Cette affection a été signalée par Gull sous le nom d'état crétinoïde, par Morvan, par Charcot sous le nom de cachexie pachydermique.

Jusqu'ici on ne l'avait observée que chez l'adulte; jamais on n'avait

signalé le traumatisme; les deux seuls cas où on l'ait observée dans l'enfance sont ceux de Guerlain et de Bourneville, et tous deux étaient consécutifs à un traumatisme.

Le rapporteur est assez disposé à accepter le traumatisme comme la cause déterminante.

M. Verneuil. Je désire rappeler que la question de l'origine nerveuse du myxœdème paraît être résolue par une remarquable observation de Henrot (de Reims), lue au congrès de la Rochelle. M. Henrot nous a montré les pièces, où on constatait une hypertrophie *énorme* du grand sympathique.

La glande pituitaire avait le volume d'une pomme d'api; la glande pinéale d'une prune.

Je m'expliquerais très bien qu'un traumatisme ait pu agir sur les centres nerveux, de façon à déterminer les lésions qui conduisent au myxœdème.

Le nom de Morvan doit être hautement cité, quand il s'agit de cette maladie; car c'est lui qui a fourni le plus d'observations.

M. Després fait observer que l'enfant est née aux Indes et qu'on pourrait avoir affaire à une de ces formes d'éléphantiasis qui ressemblent au myxœdème.

Pourrait-on comparer cette malade à celui qu'a présenté M. Trélat comme atteint de nanisme avec polysarcie.

M. Trélat. Le mien ne ressemblait en aucune façon à celui-ci.

Quant à l'influence traumatique admise par M. Guerlain et son rapporteur, je ne suis pas en mesure de la nier; mais j'avoue qu'il me faut des faits plus probants pour me permettre d'y croire.

M. Périer répond à M. Trélat qu'il a fait des réserves au sujet du traumatisme, et à M. Després que le malade de MM. Bourneville et d'Olier, qui était absolument semblable à celui de M. Guerlain, était né à Neuilly-sur-Seine.

Arrachement du nerf sous-orbitaire pour une névralgie rebelle. — *M. Pozzi* lit un rapport sur un travail de M. Blum, relatif à l'arrachement du nerf sous-orbitaire dans un cas de névralgie faciale.

L'observation qui sert de base au travail concerne une femme de 68 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, mais avait depuis 15 ans une névralgie qui avait résisté à tous les moyens médicaux utilisés en pareil cas. La douleur, d'abord intermittente, était maintenant continue et s'exaspérait par les mouvements, par l'action d'éternuer, de se moucher et par le contact : il survenait alors des crises pendant lesquelles on constatait de l'hypersécrétion de la muqueuse des fosses nasales, une rougeur plus vive de la peau, et une diminution de l'acuité visuelle.

M. Blum fit l'arrachement en saisissant le nerf au niveau du tronc sous-orbitaire à sa sortie du canal.

Les faisceaux nerveux se rompirent à des hauteurs différentes.

La douleur a immédiatement disparu : les suites de l'opération ont été bénignes.

M. Blum donne ce procédé comme nouveau. Oui, il l'est, si on entend par là qu'on arrache le nerf intentionnellement ; non, si on croit que c'est la première fois qu'on a arraché le nerf, car ce fait s'est produit dans trois circonstances, à ma connaissance.

Ces trois faits appartiennent, l'un à M. Panas qui, voulant faire l'élongation du nerf frontal externe, l'arracha; il a été publié dans les *Archives d'ophthalmologie* 1881.

Le deuxième, à M. Badal, qui a arraché, en voulant l'élonger, le nerf sous-orbitaire (*Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1881). La rupture se produisit à 4 kilogrammes de traction. Il y eut récidive des douleurs.

Le troisième m'a été communiqué par M. Monod; il y eut récidive de la douleur après douze jours.

M. Blum, à l'appui de son procédé, invoque la facilité et l'innocuité de l'arrachement qu'il compare à la névrectomie qui, dit-il, faite dans l'orbite, peut exposer à des accidents plus ou moins graves : phlegmon de l'orbite, section de l'artère et hémorrhagie grave, perforation du sinus, etc.

Le rapporteur croit que M. Blum a assombri le tableau.

Au reste la névrectomie a donné des succès plus nombreux et plus durables que l'élongation.

Les conclusions du rapport sont : L'arrachement ne peut être érigé comme une méthode distincte de l'élongation ; il n'en est qu'un dérivé. L'élongation donne des résultats moins bons que la névrectomie.

M. Guermonprez (de Lille) lit une observation intitulée : « Fracture ancienne du rachis, luxation tardive et spontanée de la rotule en dehors, ulcération au niveau de la tubérosité de l'ischion. »

P. BAZY.

BIBLIOGRAPHIE

DICTIONNAIRE DES ALTÉRATIONS ET FALSIFICATIONS, par le professeur *Er. Baudrimont*, de l'Académie de médecine, un gros vol. in-8° 1501 pages, Paris, Asselin et Cie 1882.

La falsification prend des proportions de plus en plus considérables ; il devient rare de rencontrer une substance quelconque exempte d'altération ou de falsification, qu'il s'agisse des aliments, des boissons, des condiments ou même des médicaments. Il est certain que dans beaucoup de cas les médecins sont absolument paralysés par ce

fait qu'ils ignorent ce que le pharmacien va renvoyer en échange des médicaments formulés sur l'ordonnance. Les pharmaciens sont d'ailleurs les premières victimes; c'est avant d'arriver dans leurs officines que les médicaments ont été falsifiés. Aussi l'un des buts principaux du livre de M. Baudrimont est précisément de permettre aux pharmaciens de reconnaître les fraudes subies par les produits dont ils font usage. Mais énumérer les substances falsifiées c'est parcourir tout le champ de la thérapeutique, aussi il est peu de noms qui manquent dans le dictionnaire de M. Baudrimont.

Ce dictionnaire ne s'adresse pas seulement aux pharmaciens, mais également aux industriels, aux commerçants, aux chefs de famille, à tout le monde, car personne n'est à l'abri de ces tromperies et des dangers qui en résultent. Ceux, et ils sont nombreux, qui n'ont pas une suffisante habitude de la chimie pour constater les falsifications par eux-mêmes, pourront au moins, à la lecture du dictionnaire, voir quelles sont les substances dont ils ont le plus à craindre et quelles sont celles qu'ils doivent faire analyser chez un pharmacien ou dans un laboratoire de chimie.

On ne résume pas un dictionnaire, aussi nous nous bornons à signaler la sixième édition, très augmentée, d'un ouvrage considérable et éminemment utile; les nombreuses additions apportées à ce livre, et les efforts faits pour le maintenir constamment à la hauteur d'une tache difficile, assureront à cette édition un succès analogue à celui des éditions qui l'ont précédée. A. CH.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 23 octobre au 25 novembre 1882.

MM. STOPIN. Le zona du membre supérieur. — MAYET. Du traitement doux du larmoiement et de la dacryocystite. — TOUBIN. De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées. — KEMHADJIAM-MIHRAN. Contribution à l'étude de la paralysie bilatérale du dilatateur de la glotte.— BROUSSIN. Etude sur la taille hypogastrique.—RIVIÈRE. Des fistules stercoro-purulentes. — ROBIN. Des kystes spermatiques.—DELATTRE. De l'alimentation artificielle et des poudres alimentaires. — DANOPOULOS. De la lymphangite utérine et de ses rapports avec l'infection générale puerpérale. — TALAYRACH. Du pneumo-thorax; première manifestation de la tuberculose. — GOSSELIN. Etude sur les rapports de la tuberculose et du cancer. — BATUT. De la scarlatine chirurgicale. — GIRAUD. Des phlyctènes dans les fractures. — SAMSOEN. Etude sur la paralysie saturnine. — RIOLAN. Quelques considérations sur la pleurésie aiguë franche et sur son traitement, particulièrement par les frictions mercurielles unies aux purgatifs et aux diurétiques. — NEGEL. De la syphilis rénale. — BROTHIER. De la forme apyrétique de la dothiénentérie. — ROUSSEAU. Relations de la fièvre typhoïde avec la grossesse. —VARAILLON. De l'anémie. — FORFER. Étude sur les déviations utérines.

sur les troubles réflexes consécutifs à ces déviations, et de leur traitement par l'anneau pessaire. — PUTNAM. Recherches sur les troubles de l'appareil vaso-moteur dans le tabes sensitif. — CASTANG. De la marche du délire chronique. — RABEAU. Etude sur la médication salicylée dans la fièvre typhoïde. — DÉTÈS. Contribution à l'étude du trachéocèle.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 4 au 9 décembre 1882).— *Lundi* 4. — Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Trélat, Guyon et Reclus. (*Epreuve pratique*. Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Béclard, Charcot et Cadiat. — 3e (ancien régime): MM. Baillon, Gariel et Hanriot.— 3e (ancien régime): MM. Regnauld, Henninger et Bocquillon. — 4e: MM. Hayem, Damaschino et Straus. — 1re classe (sages-femmes): MM. Depaul, Bouchardat et Parrot.

Mardi 5. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Sappey, Panas et Berger. (*Epreuve pratique*. Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 4e: MM. Brouardel, Peter et Legroux. —5e (Charité): MM. Pajot, Fernet et Bouilly.—5e (Charité): MM. Richet, Duguet et Charpentier.

Mercredi 6. — Doctorat, — 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Duplay et Richet. — 5e (Charité): MM. Depaul, Damaschino et Terrillon. — 5e (Charité): MM. Trélat, Potain et Budin.—5e (Charité): MM. Parrot, Guyon et Pinard.

Jeudi 7. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Sappey, Bouchard et Humbert. — 2e (ancien régime, oral): MM. Gosselin, Ball et Debove. — 2e (ancien régime, oral): MM. Le Fort, Fernet et Grancher. — 2e (ancien régime, oral): MM. Richet, Duguet et Hallopeau.— 4e: MM. Hardy, Brouardel et Joffroy. — 4e: MM. Peter, Laboulbène et Legroux.

Vendredi 8. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Charcot et Reclus. — 4e: MM. Vulpian, Hayem et Landouzy. — 5e (Charité): MM. Depaul, Trélat et A. Ollivier. — 5e (Charité): MM. Verneuil, Potain et Pinard. — 5e (Charité). MM. Guyon, Damaschino et Budin.

Samedi 9. — Doctorat, 1er ancien régime, oral): MM. Le Fort, Panas et Peyrot. — 5e (Charité): MM. Pajot, Gosselin et Raymond. — 5e (Charité): MM. Richet, Hardy et Charpentier.

Samedi 10. — 5e examen, à 4 heures (salle des thèses). Composition écrite.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 24 novembre 1882, M. Beaunis (Henri-Étienne), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de 1re classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

OUVERTURE DE L'HÔPITAL BICHAT, A SAINT-OUEN. — L'inauguration de cet hôpital, depuis si longtemps désirée, aura lieu décidément le 1er décembre prochain, M. le directeur de l'administration générale de l'Assis-

tance [illegible]blique a communiqué à cet effet la circulaire suivante aux dir[illegible] teurs des hôpitaux de Paris :

« Monsieur le directeur,

« L'ouverture de l'hôpital Bichat ayant été fixée au 1er décembre p[illegible] chain, il importe que les médecins et le chirurgien qui auront la directi[illegible] des deux services de médecine et du service de chirurgie de cet établis[illegible] sement soient à même de prendre leurs fonctions à cette date.

« Vous voudrez bien en informer MM. les chefs de service de votre établissement, et prier ceux d'entre eux que leur rang d'ancienneté ap[illegible] pelle à occuper ces places, ou qui voudraient profiter des mutations au[illegible] quelles les choix de leurs collègues pourront donner lieu, de m'adresser leur demande dans le plus bref délai possible.

« Je vous prie de leur faire savoir, en outre, qu'ils recevront ultérieu[illegible] rement avis des autres vacances qui doivent se produire à la fin de l'ann[illegible]

« Recevez, etc. »

Les vieilles croutes de pain. — Voici à ce sujet quelques détails q[illegible] regardent l'hygiène, et qui, à ce point de vue, ressortissent à la médecine.

Maintenant les vieilles croûtes de pain ne *s'ennuient* plus comme autre[illegible] fois derrière une armoire. Elles sont devenues l'objet d'une de ces m[illegible] petites industries de Paris que l'on connait si peu en général. Elles f[illegible] vivre une catégorie plus ou moins intéressante de braves gens qu'on a[illegible] pelle aux halles les « boulangers en vieux. » Leur matière première le[illegible] est fournie principalement par les pensionnats et collèges où les enfan[illegible] comme on sait, gâtent de nombreux morceaux de pain qui s'entasseraient sans les boulangers en vieux, sous les bancs ou dans les recoins d[illegible] cours de récréation.

Tous les morceaux de pain couverts de poussière, tachés d'encre et [illegible] boue, tous ceux qui ont trempé dans le ruisseau, durci sur les tas d'o[illegible] dures, sont recueillis avec soin par les garçons de salle et vendus pre[illegible] que au prix de la farine neuve aux boulangers sus-nommés. Ceux-ci [illegible] visent leur marchandise en catégories. Les morceaux encore présentables préalablement séchés au four et passés à la râpe, deviennent des croû[illegible] au pot et servent à faire la soupe ; la plupart des croutons en forme d[illegible] losanges, posés sur des plats de marmelade, n'ont pas d'autre origine.

La mie et les croûtes trop défectueuses sont battues au mortier, p[illegible] vérisées, et forment la chapelure blanche que les bouchers emploie[illegible] pour *paner* les côtelettes, ainsi que la chapelure brune dont les charc[illegible] tiers saupoudrent les jambonneaux.

Il y a aussi des débris, les miettes dont le boulanger en vieux sait ti[illegible] parti. Il les noircit au feu, puis les pile au mortier et en fait une pou[illegible] noirâtre qui, mêlée avec du miel et arrosée de quelques gouttes de me[illegible] the, forme un opiat pour les dents.

Gourmets et gourmands, défiez-vous des côtelettes panées et des ja[illegible] bonneaux ; et vous tous, qui avez besoin d'opiat pour les dents ou p[illegible] autre chose, tâchez de ne pas trop vous souvenir qu'il existe des boula[illegible] gers en vieux à v[illegible]

(*Un. méd.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

[illegible] A. PARENT, A. Davy, Sucr imp. de la Faculté de méd. [illegible]

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

13 mai 75 (0.3. 1 1 / 7.6

Vingt-Neuvième année — Tome II. N° 65 Mardi 5 Décembre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 65 Mardi 5 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Du muguet primitif de la gorge.

Par M. Dugubt,

Agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière (1).

Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui, par la communication de M. Damaschino (2), pour faire part à la Société médicale des hôpitaux de ce que j'ai observé cette année, dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, au sujet du *muguet primitif* du pharynx; car je crois avoir eu le singulier privilège de pouvoir en étudier un très grand nombre de cas. Ce matin même j'en faisais la récapitulation avec mon interne M. Delpeuch.

Dès le commencement de l'année je fus à même d'en rencontrer plusieurs exemples chez des malades cachectiques, tuberculeux, cancéreux et même cirrhotiques. Quant survint l'épidémie de fièvre typhoïde, le nombre des muguets de la gorge prit, dans mon service, des proportions incroyables. Il est vrai qu'il m'est arrivé d'avoir à soigner simultanément, dans mes deux salles, jusqu'à 80 malades atteints de fièvre typhoïde.

Dans ma salle d'hommes j'ai compté environ une quarantaine de cas ; dans ma salle de femmes, avec un nombre de fièvres typhoïdes toujours moindre, une dizaine de cas seulement; ce qui constitue pour mon seul service une cinquantaine de cas de muguet primitif de la gorge. J'ajouterai que je me suis trouvé à même d'observer et de faire voir en ville, à plusieurs confrères, cinq à six cas de dothiénentéries graves, présentant ce muguet primitif de la gorge, absolument identique par ses caractères à celui que je voyais dans le même moment à l'hôpital.

Les malades accusaient tous une dysphagie dépassant en intensité celle que peut donner la sécheresse de la gorge dans la fièvre typhoïde. Beaucoup se trouvaient dans l'impossibilité d'avaler, et la plupart rejetaient les boissons ou même vomissaient. Or, on sait que le *vomissement* n'est pas un accident qui cadre avec la symptomatologie habituelle de la dothiénentérie. En faisant ouvrir la bouche à ces typhiques, on trouvait toujours le voile du palais, rarement la paroi postérieure du pharynx, presque toujours les piliers et les amygdales, quelquefois les parois buccales, les joues et la langue, mais presque jamais les gencives ni les lèvres, couverts d'un enduit blanc, grisâtre, plaqué, peu épais, bordé sur les confins d'un pointillé semblable à

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) Société médicale des hôpitaux, séance du 24 novembre 1882.

des grains de semoule cuite ; le tout assez facile à détacher, et reposant sur une muqueuse rouge, comme dépouillée de son épithélium. Ces concrétions, toujours confluentes au voile du palais, y formaient des plaques occupant toute la face inférieure du voile et coiffant très souvent la luette. Elles représentaient tellement bien l'image du muguet primitif de la gorge que M. Damaschino vous a présentée ici même en 1880, que j'ai plusieurs fois montré cette planche à mes élèves, en leur faisant remarquer combien la ressemblance avec les cas que nous avions nous mêmes sous les yeux était parfaite. Avec cela point d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Chez tous nos malades nous avons pu, très rapidement, souvent en vingt-quatre heures, faire disparaître totalement ces concrétions crémeuses, à l'aide de badigeonnages répétés avec un collutoire au miel rosat boraté ou avec une solution concentrée de bicarbonate de soude. Le lendemain ou le surlendemain la muqueuse palatine se montrait comme dépouillée, d'un rouge vif, ne présentant plus que quelques points clairsemés de concrétions parasitaires, et, grâce à la continuation des badigeonnages et des lotions à l'eau bicarbonatée, finissaient promptement par offrir une netteté parfaite. Mais, chose remarquable, le muguet avait une tendance étonnante à reparaître sur les surfaces qu'il avait précédemment occupées ; dans quelques circonstances il était d'une ténacité, dans ses retours offensifs, qui faisait le désespoir de la religieuse de ma salle d'hommes. Car cette religieuse consacrait chaque jour une heure et demie environ à surveiller et soigner elle-même la gorge de mes malades.

Malgré des soins si attentifs, j'ai failli en perdre deux d'*inanition* causée par le muguet, dans les conditions suivantes. Une femme, âgée de 28 ans, avait été atteinte de fièvre typhoïde ataxo-adynamique grave, compliquée sur la fin, d'une phlébite double des membres inférieurs ; un homme, âgé de 35 ans, avait présenté une fièvre adynamique sévère d'une durée de quatre septénaires également. Tous deux avaient offert dans le cours de la maladie ce muguet précoce, tenace, récidivant, et, en fin de compte, ils étaient arrivés à la période de convalescence sans que le muguet ait dit son dernier mot. Depuis plusieurs jours déjà ils étaient sans fièvre ; mais ils restaient hâves ; leur appétit ne se réveillait point, loin de là ; ils ne voulaient plus, ne pouvaient plus rien prendre, souffraient considérablement pour avaler, rejetaient et vomissaient toute espèce de boisson, le bouillon, le lait, l'eau rougie, tout absolument ; ils pâlissaient, se décharnaient à vue d'œil, tombaient dans une faiblesse extrême qui faisait craindre très prochainement une issue funeste, sans qu'aucune des complications ordinaires de la convalescence de la fièvre typhoïde pût être invoquée. Le spectacle était navrant. Persuadé que ce dépérissement rapide devait se rattacher à l'inanition, et celle-ci aux ravages

causés par le muguet qui s'était propagé de la gorge à l'œsophage et de là à l'estomac, je ne craignis pas d'alcaliniser outre mesure des malades déja si compromis, et je leur fis prendre trois à quatre grammes de bicarbonate de soude à l'intérieur, en solution, tantôt dans du lait, tantôt dans de l'eau, tout en continuant les badigeonnages et les lotions alcalines du pharynx. J'eus la satisfaction de voir, du jour au lendemain, un changement favorable ; il y eut bientôt moins de dysphagie, moins de rejet des liquides ; en trois ou quatre jours, mes malades ne vomissaient plus et prenaient des boissons alimentaires ; en moins de huit jours, le vin, les potages, les œufs étaient supportés, et, au bout de quinze jours, ils étaient sur pied, se nourrissant bien et récupérant leur force musculaire comme les autres convalescents. Tous deux ainsi guérirent parfaitement.

Il y a loin de ces mugets primitifs de la gorge à l'*angine diphthéritique*. Durant l'épidémie qui vient de sévir, je n'eus qu'un cas de complication d'angine de cette nature, il y a quelques jours à peine, chez une femme de 29 ans, arrivée à la période de convalescence. Les plaques diphthéritiques, d'un blanc plus nacré, occupaient les mêmes surfaces que le muguet de la gorge, mais avec des confins non semés de grains blanchâtres riziformes. Ici, je vous prie de le croire, les badigeonnages au miel rosat boraté et les solutions alcalines n'ont point fait disparaître les fausses membranes du jour au lendemain, comme nous l'avions vu dans tous nos cas d'angine crémeuse. Elles ont résisté fortement, sans se modifier par les applications réitérées du collutoire et du bicarbonate ; elles ont fini cependant par s'amincir et se dissiper à la longue, au bout d'une huitaine de jours, faisant perdre à la malade une partie de sa luette ; aujourd'hui cette femme est entièrement guérie.

En ce qui concerne la contagion, s'il est vrai qu'on peut à la rigueur lui rapporter un certain nombre de cas de muguet du pharynx développés sous nos yeux à l'hôpital, il est impossible d'invoquer son influence pour la moitié des cas au moins que nous avons observés, et qui présentaient cette variété de muguet le jour même de leur entrée dans nos salles: Comment invoquer également la contagion pour les cas que j'ai rencontrés en ville, sporadiquement, et dans des quartiers différents? Il faut tenir compte, il me semble, en pareille circonstance, des conditions d'acidité des muqueuses digestives propres à la maladie, et reconnaître dans cette fréquence et dans cette forme toute particulière de muguet quelque chose de spécial et d'inhérent sans doute au *génie* de l'épidémie actuelle.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE (1).

Leçons sur la thérapeutique de la métrite. (*Suite.*)

Par M. L. MARTINEAU,
Médecin de l'hopital de Lourcine.
Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

Cet aperçu sommaire sur l'étiologie de la métrite, sur les lésions anatomiques qui la caractérisent, sur l'évolution, le développement qu'elle présente, est suffisant, Messieurs, pour vous mettre à même de résoudre les trois problèmes que comporte le diagnostic de cette affection et donner votre thérapeutique sur des bases nettes et précises. C'est ainsi qu'aux trois diagnostics : diagnostic de la lésion, de la cause, de la maladie générale constitutionnelle, correspond une indication thérapeutique spéciale. Le diagnostic nosologique comporte le traitement de la maladie générale constitutionnelle, sous l'influence de laquelle évolue l'inflammation: c'est le traitement nosologique. Au diagnostic pathogénétique, c'est-à-dire de la cause qui produit l'inflammation, se rattache le traitement pathogénétique qui a pour but d'écarter, de supprimer toutes les circonstances qui favorisent, qui provoquent cette inflammation. Le traitement anatomique, le traitement de la lésion ou traitement local est en rapport avec le diagnostic anatomique. Si, à ces indications thérapeutiques, vous ajoutez celles basées sur la manière d'être de la métrite, sur sa modalité clinique, vous êtes assuré que cette affection ne sera plus rebelle à votre médication, qu'elle ne sera plus incurable ainsi qu'on le disait autrefois et que certains gynécologues le prétendent encore. Quels sont donc, Messieurs, les moyens thérapeutiques que la matière médicale, que l'hygiène mettent à votre disposition pour guérir la métrite? Et d'abord étudions le traitement nosologique, c'est-à-dire le traitement de la maladie générale constitutionnelle ou diathésique (scrofule, arthritis, herpétis, chlorose, syphilis, tuberculose, cancer) qui tient sous sa dépendance l'inflammation utérine.

Le traitement nosologique de la métrite constitutionnelle est des plus variables. Il varie non seulement suivant la maladie générale existante, mais encore suivant la maladie elle-même, suivant son tempérament, suivant la modalité clinique imprimée à l'affection. Ainsi, s'il s'agit d'une métrite scrofuleuse, vous prescrivez l'huile de foie de morue pendant l'hiver, le chlorure d'or, le chlorure de sodium, le phosphate de chaux, le phosphate de soude pendant l'été. Vous prescrivez la première à la dose de une, deux et trois cuillerées à

(1) V. *France médicale*, nos 53, 54, 57 et 64.

bouche par jour pendant deux à trois mois. Quant aux sels d'or et de chlorure de sodium, vous les combinez ensemble suivant la formule suivante :

Eau........................	1 litre.
Chlorure d'or..............	1 gram.
— de sodium.........	1 —

Vous donnerez une cuillerée à café avant chaque repas ou pendant le repas dans un verre d'eau rougie. La dose peut être élevée jusqu'à 4, 6 cuillerées à café, suivant la tolérance de l'estomac et des intestins.

Les préparations iodées rendent de grands services. C'est ainsi que vous administrerez l'iode sous forme d'iodure de potassium, de bromure de potassium, de teinture d'iode. Les iodures sont donnés à la dose de 0,25 centigrammes à 1 gramme, mélangés à du sirop d'écorces d'oranges amères, avant chaque repas. La teinture d'iode, au contraire, devra être prise pendant le repas, mélangée à de l'eau rougie, afin d'éviter les accidents gastro-intestinaux si souvent déterminés par cet agent. Sa dose varie entre 5 à 20 gouttes par jour pendant vingt jours chaque mois.

Les antiscorbutiques tirés, comme vous le savez, de la famille des crucifères, doivent leurs propriétés antiscrofuleuses à l'iode qu'ils contiennent. Le vin antiscorbutique est une bonne préparation. Je le prescris à la dose de 20 à 40 grammes, dans une tisane amère, salsepareille, tisane des cinq racines, ou enfin eau de noyer.)

On peut avoir recours à l'arséniate d'or, à la dose de 1/2 milligr. en pilule avant chaque repas.

Amédée Latour, dont la grande famille médicale française déplore la perte récente, donnait le chlorure de sodium associé au tannin pour combattre la scrofule :

Chlorure de sodium........	10 gram.
Tannin...................	10 —
Conserves de roses........	Q. S.

F. s. a. 100 pilules, de 4 à 8 par jour au moment des repas.

Je signalerai encore les amers, les dépuratifs, les ferrugineux. L'iodure de fer (0,10 centigr.) souvent employé, je préfère la solution suivante :

Eau....................	1.000 gram.
Tartrate ferrico-potassique	10 —

Une cuillerée à bouche avant le repas.

Afin d'éviter que les dents noircissent sous l'influence du fer, il faut recommander l'emploi d'un chalumeau pour prendre cette solution.

Je donne aussi l'arséniate de soude d'après la formule suivante :

Arséniate de soude....	0.20 centigr.
Eau.................	500 gram.

Une cuillerée à bouche pendant le repas, dans un peu d'eau rougie, afin d'éviter l'action irritante de cet agent sur l'estomac.

Trousseau a préconisé la ciguë. On donne la poudre de semences ou l'extrait de ciguë. Le plus ordinairement, je les combine suivant la formule :

Poudre de sem. de ciguë	0.10 centigr.
Extrait de ciguë......	0.01 —

Pour une pilule. De 1 à 4 par jour avant le repas.

Lorsque tous ces médicaments n'étaient pas tolérés, Trousseau prescrivait le mélange suivant :

Beurre frais.........	300 gram.
Iodure de potassium..	0.15 centigr.
Phosphore..........	0.01 —
Bromure de potassium	1 gram.
Chlorure de sodium..	3 —

On étend ce beurre sur du pain, et on le mange pendant le repas.

En guise d'eau simple, les malades doivent prendre comme boisson de l'eau de noyer. Dans certains cas, je prescris des pilules contenant chacune 10 centigr. d'extrait de feuilles de noyer (de 1 à 6 par jour à prendre avant le repas. Tous ces agents, par leur action résolutive et substitutive, aident à la résorption des néoplasmes inflammatoires

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

L'eau d'Orezza.

Quoi qu'on en dise, l'eau d'Orezza est bien la reine de toutes les eaux ferrugineuses bicarbonatées françaises et étrangères, et le professeur Gubler avait pleinement raison lorsqu'il disait dans son cours de thérapeutique : « Pourquoi allons nous chercher à l'étranger des eaux ferrugineuses dont nous sommes admirablement pourvus ? La Corse ne fournit-elle pas la première eau de ce genre comme richesse en fer et en acide carbonique ?

Quels sont en effet les proportions de fer contenues dans les eaux martiales connues ? *Cransac* et *Rennes* ont à peine 0,41 centigrammes par litre de carbonate de fer. La *Cardinale* de *Forges* ne décèle à l'analyse que 0,10 centigrammes de crénate de fer. M. L[illegible], doyen de la Faculté des sciences de Grenoble, n'a trouvé que [illegible]

centigrammes de bicarbonate de fer dans l'eau d'*Oriol*. Nous ne parlerons pas de *Sylvanès* et de *Campagne* dans lesquelles on ne rencontre que 0,04 centigrammes de carbonate de fer, encore moins de *Passy* dont le degré de minéralisation est encore inférieur.

Voilà pour les eaux françaises. Qnant aux eaux étrangères, *Pyrmont* nous offre à peine 0,07 centigrammes de carbonate de fer, et le fameux *Pouhon* de *Spa* « le plus riche en fer » nous dit Fontan, n'en contient que 0,05 centigrammes au plus !

Or, d'après la belle analyse du regretté professeur Poggiale faite à l'Académie de médecine, *Orezza* contient 0,13 centigrammes de protoxyde de fer, sans compter des traces très sensibles de son succédané le protoxyde de manganèse.

Que si nous recherchons à présent les proportions d'acide carbonique contenues par litre dans les sources dont nous venons d'examiner la richesse en principes ferrugineux, nous trouvons que *Rennes* en contient à peine 0 litre 50 centilitres; *Cransac* une proportion tellement faible qu'elle est restée indéterminée ; *Forges* 0,25 centilitres, *Sylvanès* 0,20 centilitres, *Campagne* 0,20 centilitres. Il est vrai qu'*Oriol* en contient près de 1 litre et *Spa* 1 litre 13 centilitres.

Or, qu'est-ce que cela à côté des 2 litres que renferme bel et bien l'eau d'*Orezza*?

Sans vouloir insister outre mesure sur l'action physiologique du fer et de l'acide carbonique, il nous sera bien permis de les rappeler en quelques lignes, afin de mieux faire comprendre l'action physiologique et les effets thérapeutiques remarquables de l'eau d'*Orezza*.

Il est aujourd'hui parfaitement démontré par de très nombreuses expériences que le fer entre comme partie constituante essentielle dans la matière colorante des globules rouges du sang. Les dernières, dues à M. Hayem aujourd'hui successeur de M. Gubler comme professeur de thérapeutique, sont particulièrement concluantes. Le fer est bien l'élément indispensable de l'hématosine. C'est bien à lui que le sang doit sa coloration plus ou moins vermeille. Sans l'hématosine les globules rouges perdent leur forme et diminuent, enfin ne peuvent plus remplir leurs fonctions. Le rôle de ces globules est de fixer l'oxygène qui leur est apporté par la respiration. On concevra donc facilement que les substances ferrugineuses, si elles sont absorbées, pourront modifier d'une manière très notable la composition la couleur et les propriétés du sang. La diminution de la matière colorante, l'hématosine, entraîne forcément une diminution correspondante du fer. Les substances ferrugineuses absorbées ont alors pour effet d'augmenter la matière colorante du sang, l'hématosine et, par conséquent la proportion des globules, qui est en raison directe du fer et de l'hématosine.

Quant à l'acide carbonique, introduit dans l'estomac à l'état de

dissolution aqueuse, il produit tout d'abord des effets rafraichissants et désaltérants; puis il active les sécrétions de l'estomac et de l'intestin, en même temps qu'il accroît les contractions péristaltiques de ces organes. Tous les physiologistes sont d'accord sur ces points. Ensuite, d'après Lehman, il est absorbé et éliminé par les voies respiratoires, par la peau et les reins dont il augmente la sécrétion, ou sous forme d'éructation et de vents s'il a été absorbé en trop grande quantité.

On voit, d'après ce que nous venons de rappeler très sommairement de l'action physiologique du fer et de l'acide carbonique, quelles seront leurs indications thérapeutiques.

Le fer est indiqué dans l'anémie, la chlorose et tous les troubles qui en dépendent; dans les convalescences des maladies aiguës telles que la fièvre typhoïde et la pneumonie ; dans les cachexies paludéenne, mercurielle et saturnine : dans les diathèses syphilitique et scrofuleuse, et enfin dans le diabète.

L'acide carbonique est surtout utilisé dans les affections stomacales, gastralgies, gastrites, crampes d'estomac, vomissements; dans les catarrhes intestinaux et la constipation; dans les diathèses goutteuse et rhumatismale.

Ces indications sont absolument celles des eaux d'Orezza, et l'auteur bien connu de ce remarquable ouvrage : *Les principales eaux minérales d'Europe*, notre éminent hydrologue le Dr Rotureau, a donc eu raison d'écrire, en parlant des Eaux d'Orezza dans son *Examen comparatif des principales Eaux de France et d'Allemagne*:

« Leurs effets physiologiques principaux et constants sont d'aug-
« menter très sensiblement l'appétit, de produire une diurèse mar-
« quée et d'augmenter les éléments globulaires du sang.

« Leur action curative découle des trois propriétés physiologiques
« que nous venons de mentionner. Ainsi, elles rétablissent la faim
« et la digestion chez ceux qui sont dispeptiques à cause de la pénu-
« rie des globules rouges de leur sang; elles augmentent la quantité
« normale des urines des graveleux et des calculeux anémiques et
« profondément débilités, enfin, elles fortifient et reconstituent les
« chlorotiques et ceux qui ont des accidents nerveux dépendants
« d'une altération profonde du liquide hématique. »

Et dans une autre partie du même ouvrage :

« Elles arrêtent aussi les diarrhées succédant à certaines atonies
« qui affaiblissent si profondément les malades, alors même qu'il
« n'existe aucun vice organique de l'intestin. Elles rendent enfin de
« précieux services dans les paralysies chlorotiques, hystériques,
« choréiques, etc., et dans les cachexies qui surviennent à la suite
« de fièvres graves ou longtemps continues, des fièvres intermittentes
« prolongées ou d'une lactation excessive. »

On conçoit que nous ne pouvons pas, dans ce simple article, reproduire les passages des ouvrages des médecins dans lesquels les Eaux d'Orezza sont appréciées et recommandées. Nous dirons seulement que nos maîtres les plus éminents : Gubler, Jaccoud, Hardy, professeurs de la Faculté, Gallard, Bouchut, Desnos, médecins des hôpitaux, Fonssagrives, professeur de Montpellier, etc... les formulent tous les jours, dans toutes les affections que nous avons énumérées plus haut. De plus, et c'est par là que nous terminerons, M. le professeur Fonssagrives, dans son *Traité de thérapeutique de la phthisie*, revenant sur l'ostracisme dont Trousseau et Pidoux avaient frappé les préparations ferrugineuses dans la phthisie, a démontré catégoriquement et proclamé les bons effets de ces dernières, dans certains cas déterminés. M. Gallard, plus précis encore, déclare dans sa *Clinique médicale* préférer les Eaux minérales ferrugineuses aux préparations pharmaceutiques et, selon lui : « l'Eau d'O-« rezza est celle qui est le mieux supportée par ces malades. Elle « doit cet avantage, non pas tant à la quantité de fer qu'elle contient « qu'à la forte proportion d'acide carbonique libre et aux bases alca-« lines qui entrent également dans sa composition.

Dr E. Richardin.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 26 octobre 1882. — *Présidence de M. le professeur* Ball.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Ruelle fait une communication sur un cas de *lithiase des derniers canaux biliaires avec angiocholite.* (Sera publié.)

M. Quinquaud relève deux faits intéressants dans cette observation. En premier lieu il fait remarquer que la fièvre intermittente symptomatique s'est produite chez cette malade en l'absence de toute trace évidente de suppuration des voies biliaires, car l'examen histologique n'a pas permis de constater l'existence de leucocytes dans la boue biliaire qui remplissait les fins canaux. Celle-ci a donc provoqué par elle-même cette intoxication générale manifestée par la fièvre. Mais à cela ne se sont pas bornés les accidents, et il n'est pas moins important de mettre en relief le retentissement rapide que, par un mécanisme difficile à déterminer, cette obstruction biliaire a produit sur la nutrition générale. En 2 jours, le chiffre des globules rouges était tombé à 2,000,000 par mm. c., et cette anémie si subite coïncidait avec une diminution dans les échanges plus grande encore qu'elle ne le faisait supposer. C'est ainsi que l'oxygène et l'acide carbonique exhalés n'étaient plus que le 1/4 et même le 1/5 de la quan-

tité normale. Il s'agissait en résumé d'une véritable anémie pernicieuse caractérisées par des lipothymies et des syncopes, sans perte de l'intelligence, sans signe d'acholie, et la malade est morte par inanition.

M. Legendre rapporte deux observations de mort subite chez des épileptiques. (V. *France médicale*, n° 60, p. 710.)

M. Rendu fait quelques réserves sur l'interprétation du premier cas. Il conteste notamment le rôle du tænia tel que le présente M. Legendre. Le tænia a sans doute pris naissance chez cette malade en raison de cette véritable voracité propre aux épileptiques et qui les pousse à manger sans précaution tous les aliments qui se trouvent à leur portée. Il a donc été conséquence et non cause. Quant au rôle de l'indigestion comme cause occasionnelle de l'hémorrhagie méningée, il peut être admis, mais il n'est pas inutile de rappeler que l'hémorrhagie méningée, ainsi que l'a établi Luneau, peut se produire quoique rarement en dehors de toute lésion méningée ou artérielle persistante, et sans autre cause que l'attaque épileptique.

Quant à l'influence du bromure de potassium invoquée par M. Legendre pour expliquer l'état typhoïde qui, chez sa seconde malade, a accompagné une endopéricardite, elle ne peut être acceptée sans réserves. La péricardite simple peut être accompagnée d'état typhoïde, ainsi que le prouve un cas récent présenté à la Société médicale des hôpitaux par M. Rendu.

M. Legendre rappelle que l'état typhoïde a disparu chez cette malade, en pleine endopéricardite, cinq à six jours après la suppression du bromure de potassium

La séance est levée à 9 h. 1/2.

Les sécrétaires des séances,
H. Barth et P. Merklen.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des accouchements, par le Dr *A. Charpentier*, professeur agrégé à la Faculté de Paris, tome Ier, in-8°, 1056 pag. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.

Le premier volume du *Traité d'accouchements* de M. Charpentier paraît devoir être le plus important au point de vue des médecins praticiens, tandis que le second, annoncé pour le mois de février prochain, s'adressera plus directement aux accoucheurs spéciaux. Le volume que nous avons sous les yeux contient, en effet, l'accouchement physiologique et la pathologie de la grossesse, tandis que, dans le tome II, M. Charpentier traitera surtout de la dystocie et des opérations obstétricales.

L'auteur consacre une centaine de pages à l'anatomie et à la physiologie des organes génitaux, et la fécondation, en particulier, est l'objet de développements que l'on ne trouve pas habituellement dans les traités de ce genre.

L'étude de la grossesse occupe à bon droit une large partie de ce livre. Les phénomènes de la grossesse, le développement de l'œuf, le fœtus, les signes et le diagnostic de la grossesse, les grossesses multiples, les fausses grossesses, l'hygiène de la grossesse et l'examen de la femme enceinte, donnent lieu à une description très minutieuse et très complète.

La quatrième partie de ce volume est consacrée à l'accouchement, ses causes, les phénomènes précurseurs, les phénomènes physiologiques, les phénomènes mécaniques, les diverses présentations, l'accouchement multiple, l'accouchement gémellaire et les soins à donner dans chaque cas à la mère et au nouveau-né.

La partie la plus considérable de ce livre, et celle qui peut-être intéressera surtout le plus grand nombre des médecins, est celle qui traite de la pathologie de la grossesse. Aucun traité d'accouchement n'avait encore donné sur ce sujet des développements aussi considérables. M. Charpentier lui a consacré 300 pages de son livre, et 300 pages des mieux employées. On ne saurait dire cependant que cette partie soit absolument complète ; ayant voulu citer toutes les maladies qui peuvent survenir chez la femme enceinte, M. Charpentier a dû passer légèrement sur un assez grand nombre et citer uniquement les points les plus caractéristiques de leur évolution. Chacune de ces maladies survenant chez une femme enceinte mériterait de faire l'objet d'une monographie particulière, mais l'auteur a parfaitement indiqué les limites de la question.

Signalons encore deux chapitres très importants consacrés aux maladies de l'œuf et aux maladies du fœtus, puis le chapitre de l'avortement où cette question est longuement et fort bien traitée ; enfin 40 pages consacrées aux grossesses extra-utérines.

Les très nombreuses citations et indications contenues dans ce livre satisferont amplement les amateurs de bibliographie ; sa connaissance des langues étrangères a permis à l'auteur de tenir son livre au courant des publications les plus récentes faites dans divers pays. De plus, l'ouvrage est orné d'un très grand nombre de figures (333) qui aident beaucoup à la clarté de la description. Pour toutes ces raisons, l'ouvrage de M. Charpentier se recommande vivement à l'attention des médecins et des élèves et nous aurons certainement à enregistrer, lors de la seconde édition, un succès bien mérité.

A. Ch.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — La lecture des compositions écrites est terminée : 121 candidats sont admissibles. Les épreuves orales ont commencé le 29 novembre. Les questions suivantes ont été posées.

29 novembre. — *Nerf lingual, stomatite ulcéro-membraneuse.*

Concours de l'externat. — Voici quelles ont été les dernières questions orales posées :

Samedi 11 novembre. — *Veines du membre supérieur.*

Mardi 14. — *Muscle psoas iliaque.*

Jeudi 16. — *Configuration extérieure et rapports des poumons.*

Samedi 18. — *Parois osseuses des fosses nasales.*

Mardi 21. — *Articulation tibio-tarsienne.*

Jeudi 23. — *Signes et diagnostic de la rougeole.*

Samedi 25. — *Examen clinique des urines.*

Mardi 28. — *Signes et diagnostic de l'érysipèle.*

École municipale d'infirmières de la Pitié. — L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié ouvrira ses cours le mercredi 6 décembre, à 8 heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : *Eléments d'anatomie* ; M. Le Dr H. Duret. — *Eléments de physiologie* : M. le Dr P. Regnard. — *Pansements* : M. P. Poirier. — *Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés* : M. le Dr Maygrier. — *Hygiène* : M. le Dr A. Blondeau. — *Petite pharmacie* : M. Yvon.

Mutations dans les hôpitaux. — On nous annonce que M. Marchand passe de la maternité de Cochin à l'hospice de Bicêtre. Par conséquent, M. Berger reste à Lourcine, comme nous l'avons annoncé et M. Pozzi devient titulaire de la maternité de Cochin.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a repris ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le vendredi 10 novembre, à 9 h. 1/2, et les continuera les vendredis suivants à la même heure (salle Saint-Jean).

Bulletin de la mortalité *du* 23 *au* 29 novembre 1882. — Fièvre typhoïde 73. — Variole, 11. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 32. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 33. — Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 77.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 55.

Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 45; au sein et mixte, 25; inconnu, 7. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 88; l'appareil circulatoire, 73; l'appareil respiratoire, 78; l'appareil digestif, 47; l'appareil génito-urinaire, 31; la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 2. — Nombres absolus de la semaine, 1064. Résultats de la semaine précédente : 1071.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

7 / / 10.6

Vingt-Neuvième année — Tome II. N° 66 Jeudi 7 Décembre 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 66 Jeudi 7 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 6 décembre 1882.

L'Académie a nommé hier membre correspondant un botaniste distingué, M. Garreau, professeur à la Faculté de médecine de Lille, puis elle a repris la discussion sur la fièvre typhoïde. M. Béclard a lu, au nom de M. Barthez, une note dans laquelle ce dernier rappelle les heureux résultats que lui a donnés le sulfate de quinine dans quelques cas de fièvre typhoïde chez les enfants. Il est vrai que M. Barthez est resté bien loin des doses massives dont parlait M. Hérard ; il n'a pas dépassé 1 gramme 20 chez des enfants de 10 à 15 ans, et il n'a jamais continué le médicament pendant plus de trois jours de suite. Ajoutons que M. Barthez réservait ce mode de traitement pour un cas très particulier et assez rare, celui dans lequel la fièvre typhoïde arrivée à la fin du premier septénaire simulait à s'y méprendre la méningite.

M. Bouchardat a terminé le discours qu'il avait commencé la semaine dernière, puis l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre un rapport de candidatures. La liste de présentation des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicale comprendra, paraît-il, en première ligne *ex æquo* MM. Bouchardat et Javal ; en deuxième ligne M. Hardy.

La discussion sur la fièvre typhoïde n'est cependant point terminée ; MM. les professeurs Peter et G. Sée sont inscrits pour prendre la parole et exposer de nouveau le côté clinique et la thérapeutique de la maladie.

— Deux mots au *Progrès médical* pour terminer une discussion dans laquelle, à vrai dire, nous n'espérions nullement le convaincre. Cent quatre-vingts personnes assistaient à la leçon de M. Ball, le dimanche 26 novembre. Dimanche dernier, malgré la neige et l'affreux temps qu'on se rappelle, nous en avons compté 128. Pour éviter les illusions dont parle le *Progrès*, il est un moyen fort simple, c'est de compter. Nous regrettons qu'il ne l'ait pas mis à profit; son dernier article prouve en effet que, malgré l'habitude que l'on peut avoir des réunions publiques, il est facile de se tromper sur le nombre des personnes qui emplissent une salle, lorsqu'on y a quelque intérêt.

Le *Progrès* conteste le caractère clinique de l'enseignement de M. Ball. Voici en quelques mots comment procède le professeur de clinique des maladies mentales. Pour chaque malade entrant à sa clinique, l'observation est très complètement recueillie et soigneusement conservée ; les élèves peuvent examiner et interroger les alié-

nés autant qu'ils le désirent ; le professeur et le chef de clinique les examinent et les interrogent devant eux. Le dimanche la leçon est faite sur un ou plusieurs malades choisis dans ce but; ces derniers sont montrés à tous les assistants et interrogés de nouveau devant eux à la fin de chaque séance. Enfin, quand les malades succombent, l'autopsie est régulièrement faite et les pièces sont toujours présentées le dimanche suivant. Nous pensons donc que cet enseignement est « éminemment clinique et pratique » et que les élèves qui veulent le suivre peuvent apprendre à reconnaître et soigner convenablement des aliénés.

Nous bornons là cette réponse qui n'apprendra rien à ceux qui suivent la clinique de Sainte-Anne, et si cette courte discussion a pu servir à quelque chose c'est uniquement à montrer la mauvaise humeur du *Progrès*. A. Ch.

Rupture de l'intestin sans lésions des parois abdominales,

Par MM. Ollive et Bouïcli,
Internes des hôpitaux.
(Communication à la Société clinique.)

D... (Jean), âgé de 28 ans, charretier. Cet homme, fort et vigoureux, reçoit, dans la journée du 27 mars, un violent coup de pied de cheval. La percussion fut tellement intense que le malade perdit presque connaissance et c'est dans cet état qu'on le transporta à l'hôpital sur un brancard. Il fut admis dans le service de M. Armand Després.

Le lendemain, 28 mars, à l'heure de la visite, nous trouvons le malade avec les traits déjà profondément changés.

Son faciès est un peu pâle, subictérique, légèrement plaqué d'un rouge violacé sur les deux joues ; les yeux ternes et les orbites excavés.

La parole est difficile, brève et coûte au malade. Dès son entrée, il a été pris de vomissements alimentaires, d'abord glaireux et bilieux ensuite pour prendre définitivement l'aspect porracé caractéristique.

La langue est un peu sèche, aussi le malade demande-t-il instamment à boire. Pas de selles, il nous dit n'avoir pas rendu de gaz. Un peu de dyspnée, sans toux et sans crachats sanguins, qui s'explique par la douleur extrêmement intense qui immobilise presque les muscles abdominaux.

La peau du ventre ne présente pas la moindre contusion, pas la moindre petite ecchymose. Signalons un léger développement des veines cutanées. Par la palpation, on provoque une douleur telle-

ment vive qu'elle arrache des cris au malade ; l'abdomen est endolori presque partout, et il nous est impossible de localiser un point qui présente le maximum de la douleur.

Il n'y a pas trace de ballonnement. A la percussion, le ventre est sonore partout, sauf dans l'hypochondre droit, où l'on trouve une exagération de matité hépatique, qui descend en bas à un travers de main du rebord costal.

Du côté de la vessie, on constate une absence complète d'urine.

Non seulement le malade n'a pas uriné depuis le moment de l'accident, mais, même avec la sonde, on ne retire aucune goutte de liquide. Il y avait une véritable anurie rénale.

Le pouls est petit, serré, peu fréquent. La température, prise le soir du jour de l'entrée, était à 36°,8. Aujourd'hui, 28 mars, température du matin, 36°,4.

En présence de ce tableau symptomatique, on pose le diagnostic rupture du foie avec un épanchement de sang sous-hépatique et probablement rupture de l'intestin.

Traitement. — Large vésicatoire sur le ventre, injections souscutanées de chlorhydrate de morphine, glace à l'intérieur.

En dépit du traitement, on voit le malade continuer à s'affaiblir; le lendemain, l'émaciation est déjà marquée. Le facies est hippocratique.

Les vomissements porracés, l'anurie, l'abaissement de la température continuèrent sans modification. La même absence de selles, la même absence de ballonnement du ventre que le premier jour de l'admission à l'hôpital.

Le 31 mars, jour de la mort du malade, il fut pris de délire doux, tranquille, avec une légère injection de la face, auquel succéda le coma, puis bientôt la mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les viscères adhérant entre eux par de très légères fausses membranes.

Au-dessous du foie, limitée en haut par la face inférieure de celui-ci, en bas par les anses de l'intestin grêle, il y a une collection blanchâtre entourée de toutes parts par un dépôt d'exsudat.

Sur la partie inférieure de l'iléon, à un mètre du cæcum, il y avait une perforation. Les bords de celle-ci sont légèrement collés l'un à l'autre et des fausses membranes avaient établi une adhérence avec une anse voisine.

Dans l'intestin, quelques matières fécales.

Dans le foie, à la surface et à la coupe quelques ecchymoses.

Absolument rien qui indique une lésion dans les reins ; forte congestion des méninges encéphaliques.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE (1).

Leçons sur la thérapeutique de la métrite. (*Suite.*)

Par M. L. MARTINEAU,
Médecin de l'hopital de Lourcine.
Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

C'est la même action que vous trouvez dans les eaux minérales si efficaces dans le traitement de la scrofule. Les eaux minérales auxquelles vous aurez recours sont: 1° les *eaux chlorurées sodiques, bromo-iodées;* 2° les *eaux sulfureuses* qui souvent contiennent du brome, de l'iode et même de l'arsenic ; 3° les *eaux arsenicales;* les unes contiennent du chlorure de sodium, les autres sont ferrugineuses.

Les premières, les eaux chlorurées sodiques, bromo-iodurées, renferment de 1 à 250 grammes par litre de chlorure de sodium. de l'iode, du brome et de l'arsenic à doses variables. Parmi elles, nous trouvons les eaux d'Arbonne (Savoie), de Salies (Basses-Pyrénées), de Salins (Jura), de Salins-Moutier (Savoie), de Balaruc (Hérault), de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), de Bourbon-l'Archambault (Allier), de Lamotte (Isère), de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), de Sierek (Lorraine).

Comme eaux sulfureuses et bromo-iodurées, je mentionnerai celles de Challes (Savoie), Gréoulx (Basses-Alpes), Gazost (Hautes-Pyrénées), Saxons (Valais), Bondonneau (Drôme), Saint-Boës. Parmi les sulfureuses sodiques, on trouve Luchon (Haute-Garonne), Cauterets (Hautes-Pyrénées), Barèges (Hautes-Pyrénées), Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), Bagnères-de-Bigorre, les Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), Escaldas (Pyrénées-Orientales), Moligt, Vernet, Vinça, Thuez, Amélie-les-Bains, la Preste (Pyrénées-Orientales), Ax (Ariège), Saint-Antoine-de-Guagno (Corse), Aix, Saint-Gervais (Savoie), Uriage (Isère), Lavey (canton de Vaud). Parmi les eaux sulfureuses arsenicales, je mentionne principalement Hammam-Meskoutine (Algérie), Bagnols (Lozère), Dolaincourt (Vosges).

Parmi les arsénicales, on trouve les eaux de la Bourboule, du Mont-Dore, la source de Sails, à Bagnères-de-Bigorre.

On compte une grande quantité de sources minérales à l'étranger aptes au traitement de la métrite scrofuleuse. Je n'en parle pas, car notre sol offre tout ce qu'on peut désirer à ce point de vue.

En présence d'un si grand nombre d'eaux minérales, je le vois, votre embarras est grand. Vous vous demandez à quelle station vous

(1) V. *France médicale*, n°s 53, 54, 57 et 64.

adresserez votre malade. Rassurez-vous, je vais vous donner les indications qui vous guideront dans ce choix. Vous comprenez très bien que toutes ces eaux minérales chlorurées-sodiques, bromoiodurées, sulfureuses, arsenicales ne peuvent convenir indistinctement à la métrite scrofuleuse. Celle-ci, est trop variable dans sa manière d'être, dans sa modalité clinique pour que l'une de ces eaux lui soit toujours et quand même applicable. Il faut donc faire un choix parmi celles qui, par leur composition chimique, la dose des sels minéraux, leur thermalité, conviennent plus particulièrement, ainsi que je l'ai dit dans mon traité clinique des affections utérines, à telle ou telle modalité de la métrite scrofuleuse, aux phénomènes sympathiques qui l'accompagnent, à l'évolution qu'elle présente, aux lésions antomiques qui la caractérisent. Ce choix, je le sais, est aussi difficile à faire que le sont bien souvent à résoudre les questions que soulève la métrite. Ces problèmes, cependant, doivent être résolus, et ils le sont par un médecin attentif et sagace, parce que les vraies bases de la thérapeutique découlent de toutes ces appréciations. Il doit les éluoider, car non seulement il est assuré de guérir la métrite, mais encore de ne pas aggraver l'affection ainsi qu'il arrive alors qu'une malade est soumise à un traitement minéral intempestif. Je ne compte plus aujourd'hui les malades que je suis appelé à voir à leur retour des eaux minérales par suite d'aggravation de leur affection. C'est pour vous éviter les déboires qui atteignent les médecins méconnaissant les principes qui doivent les guider dans la prescription d'une eau minérale que je vais insister sur la conduite que vous devez tenir, en présence de n'importe quelle métrite, qu'elle soit d'origine constitutionnelle ou non constitutionnelle.

Ayant donné, dans mon traité, les indications et les contre-indications du traitement de la métrite par les eaux minérales, je n'insiste pas sur cette partie, pourtant très importante, de la question qui nous occupe, ne voulant pas dépasser les bornes assignées à ces leçons exclusivement cliniques.

Afin de vous montrer le procédé que vous devez suivre dans le choix d'une eau minérale, je vais vous donner quelques exemples qui vous serviront de guide. Ainsi, lorsque vous êtes en présence d'une métrite scrofuleuse, vous choisissez les eaux chlorurées sodiques de Salins, de Salies, de Salins-Moutier, si l'inflammation utérine est caractérisée par une augmentation considérable du volume de l'organe, par des tissus mous, blafards, par une ulcération irrégulière, profonde, fongueuse, végétante, saignant peu, par une sécrétion leucorrhéique abondante, louche ; en un mot, si la métrite est indolente, torpide, avec adéno-lymphite multiple, peu ou pas douloureuse, et si en même temps la maladie présente au plus haut degré les attributs de la constitution scrofuleuse, lymphatique. Dans ces mêmes condi-

tions, vous aurez recours aussi aux eaux sulfureuses bromo-iodurées de Challes, de Gréoulx, de Gazost, de Saxons, de Barèges ou encore à l'eau sulfureuse, arsenicale, goudronnée de Saint-Boës.

Au lieu de recourir à ces eaux si puissantes, vous prescrirez des eaux moins actives, telles que les eaux chlorurées sodiques de Balaruc, de Bourbonne-les-Bains, de Bourbon-l'Archambault, ou les eaux sulfureuses de Luchon, Cauterets, Aix, Saint-Sauveur, Bagnères-de-Bigorre, Saint-Gervais, Amélie-les-Bains, Molitg, etc., etc., si la lésion anatomique est plus marquée sur la muqueuse utérine que sur le parenchyme, si le volume est peu augmenté, si l'ulcération est superficielle, la leucorrhée peu abondante, si surtout il existe une certaine tendance aux métrorrhagies, aux poussées inflammatoires à des recrudescences fréquentes, si la réaction est vive, avec douleur lombaire et pelvienne, si par conséquent l'adéno-lymphite est douloureuse, intense, ayant une grande tendance à se compliquer de pelvi-péritonite, de périadénite.

Si à tous ces caractères se joint un tempérament nerveux excessif accusé surtout par des névralgies, de la gastralgie, etc., etc., les eaux précédentes seront trop énergiques; il faudra recourir aux eaux d'une faible minéralisation, dites eaux amétalliques, telles que celles de Bourbon-Lancy, Néris, Plombières, Luxeuil, Bains, Ussat, les Eaux-Chaudes. Si la chlorose et l'anémie sont très prononcées ordonnez les sources de Forges (Seine-Inférieure), de Sylvanès (Aveyron).

Si l'adéno-lymphite s'est compliquée d'adéno-phlegmon, d'adéno-pelvi-péritonite, si les douleurs sont violentes, il faut recourir aux eaux de Plombières, de Bourbon-Lancy, de Néris, ou aux boues de Dax (Landes), de Saint-Amand (Nord), de Barbotan (Gers).

La thérapie marine convient de même à la métrite scrofuleuse: elle doit être surtout appliquée l'hiver, aux femmes débilitées, chétives, dont l'appétit est nul. Dans ces conditions, vous prescrirez un séjour prolongé à Hyères, Cannes, Nice, ou Biarritz, etc., etc.

Contre la ***métrite arthritique*** vous prescrirez les sels de soude. Ils se donnent sous forme de bicarbonate (dose de 2 à 4 gr.), de benzoate de soude (0,20 à 0,60 centigr.), de salicylate de soude (0,50 c. à 3 gr.), de sulfate de soude (5 à 20 gr.). Ce dernier sera prescrit si les coliques hépatiques accompagnent la métrite arthritique. Si des névralgies utérines existent, donnez la lithine à la dose de 0,05 à 0,30 centigr. de carbonate.

Les sels de chaux se donnent sous forme de carbonate, de salicylate de chaux (de 0,50 centigr. à 1 gr.), dans le cas de dyspepsie acide et flatulente.

Les sels arsenicaux se prescrivent surtout sous forme d'arséniate

de soude, alors qu'il existe des douleurs articulaires chroniques et en même temps un tempérament lymphatique.

Les sels de magnésie agissent lorsqu'il existe de la pléthore abdominale, de l'obésité, de la constipation.

Le colchique d'automne s'administre à la dose de 0,20 à 0,50 cent. de teinture dans une tasse de tisane de pensée sauvage, ou de gentiane. On le donne aussi sous forme de poudre (0,05 à 0,10 centigr.). Ces préparations sont administrées pendant trois jours; on cesse dix à quinze jours; puis on recommence pendant trois jours et ainsi de suite pendant plusieurs mois.

A ces diverses préparations on ajoute les sels de fer alors que l'anémie, la chloro-anémie accompagnent la métrite ou bien l'ergotine (dose de 0,50 à 1 gr.), la poudre d'ergot de seigle (dose de 1 à 2 gr. par jour), alors que la métrite arthritique se caractérise par une ménorrhagie plus ou moins abondante.

Les eaux minérales seront de même prescrites avec le plus grand avantage. Vous prescrirez surtout les eaux qui neutralisent l'acide urique en excès, excitent la peau et exercent une action révulsive, substitutive, résolutive. Vous aurez recours en un mot aux eaux dont l'action reconstituante est des plus puissantes. Telles sont les eaux bicarbonatées sodiques, sulfatées sodiques, calciques, magnésiennes, arsenicales, bicarbonatées sodiques et chlorurées, chlorurées sodiques, amétalliques, les boues.

Parmi les aux bicarbonatées sodiques vous avez à votre disposition celles de Vichy (Allier), Vals (Ardèche), Le Boulou (Pyrénées-Orientales), La Caldette (Lozère). Parmi les eaux bicarbonatées mixtes (soude et chaux) se trouvent celles de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), de La Malou (Hérault), Saint-Alban, Sail-les-Bains, Couzan (Loire), Chateldon (Puy-de-Dôme). Parmi les eaux bicarbonatées sodiques, chlorurées, lithinées, légèrement ferrugineuses, nous avons les eaux de Saint-Nectaire, Royat, Saint-Maurice, Vic-le-Comte (Puy-de-Dôme), Vic-sur-Cère (Cantal(. Quant aux eaux bicarbonatées calciques, elles sont représentées par celles de Pougues (Nièvre), Foncaude (Hérault), Alcs (Aude). Enfin parmi les eaux bicarbonatées sodiques chlorurées magnésiennes, nous trouvons surtout celles de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).

Les eaux sulfatées magnésiennes sont représentées par les eaux de Miers (Lot), Montmirail (Vaucluse), Rubinat (Basses-Pyrénées); à l'étranger, vous avez les eaux Royale-Hongroise et Hunyadi-Janos. Vous pouvez aussi conseiller les eaux sulfatées chlorurées de Brides (Savoie), de Saint-Gervais (Haute-Savoie).

Parmi les eaux *sulfatées calciques*, nous avons celles de Bagnères de-Bigorre, de Capvern (Hautes-Pyrénées), d'Aulus (Ariège).

Les eaux arsenicales sont celles de la Bourboule qui est en même

temps une eau bicarbonatée sodique et chlorurée sodique, du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), de Salies (source de Bagnères-de-Bigorre) (Hautes-Pyrénées).

J'ai déjà mentionné les eaux indéterminées de Néris, Plombières, Luxeuil, Bains, Ussat, Dax et les boues de Dax, Barbotan, Saint-Amand, qui retrouvent dans la métrite arthritique leur indication aussi spéciale que dans la métrite scrofuleuse et même, ainsi que nous le verrons, dans la métrite herpétique.

Vous le voyez, les eaux minérales applicables au traitement de la métrite arthritique sont nombreuses et des plus variées. Elles ne conviennent pas à toute métrite arthritique; chacune a sa spécialisation: c'est au médecin à discerner celles qu'il faut prescrire suivant telle ou telle modalité clinique de l'affection.

Vous ordonnerez, par exemple, les eaux bicarbonatées sodiques fortes de Vichy, de Vals, si la femme est jeune, pléthorique, si l'utérus est volumineux, et offre des tissus indurés, violacés, s'il existe une névralgie ilio-lombaire, si l'adéno-lymphite n'est pas douloureuse, si les métrorrhagies sont fréquentes, si la dyspepsie est acescente et surtout s'il existe une lithiase biliaire.

Aux caractères précédents, la malade joint-elle une dyspepsie flatulente, du pyrosis, du vertige stomacal, ordonnez les eaux bicarbonatées calciques, et Pougues principalement.

Si à tous ces caractères s'ajoutent une constipation opiniâtre, une pléthore abdominale, des troubles gastro-intestinaux, de l'obésité. donnez les eaux de Saint-Gervais, d'Aulus, de Brides, d'Uriage.

Y a-t-il de la lithiase rénale, conseillez les eaux de Contrexéville, de Vittel, de Capvern.

Les eaux de Saint-Nectaire, de Royat, de Châteauneuf, de La Malou, conviennent aux cas où l'affection utérine affecte surtout la muqueuse, où la leucorrhée est abondante, muco-purulente, où l'ulcération du col est torpide, où la métrite est sans réaction, sans douleur et caractérisée surtout par l'aménorrhée et par une adéno-lymphite multiple, non douloureuse et non compliquée d'adéno-pelvi-péritonite. Elles conviennent aussi aux cas où l'on observe des névralgies ilio-lombaires et vulvaires, du vulvisme, des névralgies générales, une dyspepsie acescente et surtout de l'anémie, de la chloro-anémie. Toutes ces eaux contiennent en effet du fer, et elles agissent en stimulant l'organisme. Aussi sont-elles contre-indiquées dans les cas où l'adéno-lymphite est douloureuse et compliquée de pelvi-péritonites douloureuses, aiguës et même subaiguës.

Si la malade se plaint de manifestations articulaires, elle se trouvera bien d'une saison à la Bourboule. Enfin, Luxeuil, Néris, Plombières, Bains, Ussat conviennent aux métrites arthritiques douloureuses, irritables, offrant des poussées congestives, une adéno-lym-

phite douloureuse et compliquée de péri-adénite, de pelvi-péritonite, de troubles nerveux répétés et variés.

S'il existe un gonflement douloureux des articulations, si la métrite est torpide, si le corps utérin est volumineux, si l'adéno-lymphite et la pelvi-péritonite sont considérables, ordonnez les boues de Saint-Amand, de Dax, etc.

N'employez pas les eaux sulfureuses, même les eaux de Saint-Sauveur (très sédatives cependant, à cause de la glairine qu'elles contiennent), de Molitz, du Vernet, des Eaux-Chaudes, d'une faible minéralisation. Ces eaux sont dangereuses dans les cas de métrite arthritique; elles l'aggravent; elles produisent des poussées congestives, ce dont il est facile de se rendre compte par l'augmentation de l'adéno-lymphite et les complications qu'elle produit. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 *décembre* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La correspondance comprend des lettres de MM. Desnos, Dumontpallier et Vidal, candidats dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, 2° un travail manuscrit de M. Husson (de Toul) sur les causes qui peuvent rendre le lait plus aqueux.

NÉCROLOGIE. — *M. le président* annonce à l'Académie la mort subite de M. le Dr Lambron, inspecteur des eaux de Luchon, récemment nommé membre correspondant de l'Académie.

SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ LES ENFANTS PAR LE SULFATE DE QUININE A HAUTE DOSE. — *M. le secrétaire perpétuel* communique de la part de *M. Barthez* une note sur ce sujet. M. Barthez a employé autrefois le sulfate de quinine à dose relativement condidérable; cependant il se bornait à donner 0,50 centigrammes de sulfate de quinine par jour à des enfants de 10 à 15 ans. Plus tard il est allé jusqu'à 1 gramme ou 1 gr. 20 de sulfate de quinine par jour dans une infusion de 80 grammes de café noir; mais jamais il n'a continué ce traitement pendant plus de deux ou trois jours.

M. Barthez n'a pas employé ce médicament dans tous les cas, mais seulement quand la fièvre typhoïde, à la fin du premier septénaire, se présentait avec des caractères tels qu'il y avait lieu d'agiter le diagnostic avec la méningite tuberculeuse. La chose est assez rare et par conséquent il n'y a pas souvent lieu d'employer le sulfate de quinine à haute dose, mais dans ces cas particuliers il peut rendre des services.

ELECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la 4e division.

La commision présente les candidats dans l'ordre suivant : En

première ligne, M. Garreau (de Lille); en deuxième ligne *ex æquo* MM. Andouard (de Nantes) et Husson (de Toul).

Sur 55 votants, majorité 28, M. Garreau est élu au premier tour de scrutin par 47 voix contre 6 données à M. Andouard et 2 à M. Husson.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE. — M. Bouchardat résume la première partie du discours qu'il a commencé dans la dernière séance. Il insiste sur la présence à Paris d'un grand nombre d'individus non acclimatés et dit qu'on ne pourra jamais de la sorte chasser le germe de la fièvre typhoïde.

La première règle à suivre pour éviter les épidémies de fièvre typhoïde est d'abord de renvoyer autant que possible les sujets non acclimatés; la seconde règle, que les médecins militaires connaissent bien, est de disperser immédiatement les typhiques. Comme troisième règle, M. Bouchardat recommande de recueillir et d'étudier les ferments.

L'orateur pense que le ferment de la fièvre typhoïde réside dans les taches rosées lenticulaires; aussi, pour détruire ce ferment, il conseille de placer sur les taches des emplâtres de Vigo *cum mercurio*. Les mercuriaux auraient en effet la propriété de détruire le germe de la fièvre typhoïde.

Passant à la thérapeutique de l'affection, M. Bouchardat recommande les parasiticides.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

NÉCROLOGIE

Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres les plus honorables, Eugène-Edme CAZALIS, qui a succombé, le 2 décembre, à l'âge de 75 ans, à une angine de poitrine, comme ses confrères Delpech, Chauffard, Broca, Hillairet.

Né à Paris en 1807, Cazalis, après de bonnes études littéraires et philosophiques, se mit sur les bancs de l'Ecole de Paris et fut admis le troisième au concours de l'Internat en 1830, où il eut pour collègues de promotion Marotte, Beau, Giraldès, Denonvilliers, Voisin, Valleix, Després, etc. Il fut choisi par Magendie comme prosecteur, et c'est à son école qu'il se forma. Il soutint, le 8 juillet 1837, sa thèse pour le doctorat sur des *Propositions de médecine*, et, l'année suivante, il concourut pour l'agrégation en médecine. Sa thèse a pour sujet : « Que doit-on entendre par maladie aiguë? » Sestié, Combette, Nonat, Monneret, Barth et Pelletan l'emportèrent. Au concours de 1844, Cazalis eut à soutenir la thèse sur « Le pouls dans les maladies. » Il ne fut pas plus heureux. Il se porta

alors du côté des hôpitaux et fut nommé, en 1852, médecin du Bureau central.

Cazalis abandonna les hôpitaux lorsqu'il eut atteint la limite d'âge. C'était un praticien honnête, d'une grande franchise, d'une grande loyauté et faisait reposer la pathologie sur la physiologie qu'il avait longtemps étudiée avec Magendie.

Cazalis était chevalier de la Légion d'honneur. A. C.

— M. le Dr Michel Puig, de Perpignan, vient de mourir à l'âge de 57 ans.

— Le Dr Bonnet-Duverdier, député de Lyon, vient de mourir à Paris à l'âge de 53 ans.

— Le Dr Houzé de l'Aulnoit, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est mort ces jours derniers.

— Le Dr Lambron, inspecteur des Eaux de Luchon, est mort le 4 décembre.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'agrégation.* — La composition écrite a eu lieu le 2 décembre; la question sortie de l'urne était : *Texture des artères. — Du pouls à l'état physiologique.* La lecture des copies a commencé le lundi 4 décembre et se continuera jusqu'au lundi 11.

Les candidats sont MM. Ballet, Dreyfous, Dreyfus-Brisach, Ducastel, Hanot, Hutinel, Letulle, Merklen, Oulmont, Quinquaud, Robin.

Administration générale de l'Assistance publique. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er avril 1883 dans les hôpitaux et hospices de Paris.* — Le lundi 22 janvier 1883, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le samedi 16 décembre 1882 et fermé le vendredi 5 janvier 1883, à trois heures.

Dispositions réglementaires. — Tout aspirant qui veut se présenter aux concours ouverts pour les places d'élèves en pharmacie doit être âgé de vingt ans au moins ou de vingt-sept ans au plus.

Il doit produire :

1° Son acte de naissance;

2° Un certificat de vaccine;

3° Un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de sa commune;

4° Des certificats constatant trois année- d'exercice dans les pharmacies, dont uns année dans la même maison.

Ces certificats doivent, sous peine de nullité, indiquer quelle a été la la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. Ils doivent

également, sous peine de nullité, pour les pharmacies hors de Paris, être visés par les maires des communes où elles sont situées, et, pour les pharmacies de Paris, être appuyés d'un certificat d'inscription à l'École de pharmacie.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ne sera point accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'élèves en pharmacie sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve pour la reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle et à la chimie pharmaceutique ;

2° Une épreuve consistant dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites, et dans la description du mode par lequel on doit obtenir une ou plusieurs de ces préparations qui seront désignées par le Jury.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve verbale portant sur la pharmacie proprement dite et la chimie ;

2° Une épreuve écrite embrassant la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle.

Pour la reconnaissance des plantes et substances, il est accordé à chaque candidat cinq minutes.

Pour la reconnaissance des médicaments et la dissertation pharmaceutique, dix minutes.

Pour l'épreuve verbale, dix minutes, après un temps égal de réflexion.

Pour l'épreuve écrite, il est accordé trois heures.

Les plantes et substances à reconnaître seront communes à tous les candidats passant dans la même séance ; elles seront choisies par le Jury, avant d'entrer en séance.

Pour les épreuves orales, les questions sont rédigées par le Jury, chaque jour d'épreuve, au nombre de trois, avant d'entrer en séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui seront appelés dans la séance.

Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats ; il est tiré au sort entre trois questions qui seront rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de la séance.

A l'ouverture du concours, le 22 janvier, à deux heures, le président du Jury tirera immédiatement au sort le nom des élèves qui devront subir dans cette séance l'épreuve de la reconnaissance des plantes.

Il sera remis à chaque élève inscrit une carte spéciale sur la présentation de laquelle il sera reçu à l'amphithéâtre pour suivre les séances du concours.

Nota. — Les actes de l'état civil venant des départements, et les certificats délivrés par les médecins, les pharmaciens ou les fonctionnaires étrangers à l'Administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc^r Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

La médication chlorhydro-pepsique dans les dyspepsies.

M. Damaschino définit la dyspepsie : « Un état morbide caractérisé par la lenteur et la culté de la digestion. » Cette définition, qui est uniquement symptomatique, est très :te, car la dyspepsie n'est véritablement qu'un symptôme survenant à titre de trouble :tionnel, soit pendant l'évolution d'une maladie de l'estomac, soit dans le cours ou la e d'une maladie générale.

L'étiologie de la dyspepsie est des plus variées, car l'âge, le sexe, le tempérament, les itudes, certaines diathèses, sont autant de causes pouvant influer d'une manière no- e sur le développement et la marche des troubles digestifs. C'est ce qui explique les ıes symptomatiques si variées sous lesquelles se présente cet état pathologique, et la ıtance qu'il oppose si souvent aux traitements les plus rationnels.

Parmi les nombreuses médications préconisées contre les dyspepsies, en première ligne lacent les ferments digestifs, et en particulier la pepsine. Mais, pour que ces agents stifs possèdent une action efficace, ils doivent se rapprocher le plus possible de leur naturel. C'est le but qu'a poursuivi M. Grez, qui, s'inspirant des travaux de MM. Ch. ıet et Berthelot, sur le suc gastrique, est parvenu à combiner la pepsine à l'acide chlo- lrique, reproduisant ainsi une combinaison physiologique (*chlorhydro-Pepsine*) qui rap- : le suc gastrique par ses éléments actifs.

Ce nouveau ferment possède une action digestive beaucoup plus énergique que la pep- ordinairement employée ; associé à la pancréatine, à la coca et aux amers, qui com- ınt son action eupeptique, il constitue la base de l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Cette préparation agit non seulement par son action digestive, mais aussi en activant la étion du suc gastrique.

De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux et en ville, grâce au concours de . Archambault, Bouchut, Dujardin-Beaumetz, Ch. Frémy, de l'Hôtel-Dieu, Gubler, hard, Lucas-Championnière, médecins et chirurgiens des hôpitaux, de M. Chérin, mé- ı en chef de Saint-Lazare, ont démontré l'efficacité remarquable de cette nouvelle médi- ɔn dans le traitement des dyspepsies.

Son emploi dans de nombreux cas de dyspepsies rebelles a produit une amélioration ie, une rémission complète des symptômes, douleur, météorisme stomacal, éructations, ısis, vomissements, diarrhée.

Les troubles digestifs, si fréquents chez les adolescents (surtout à l'époque de la puberté), les chloro-anémiques, ont toujours cédé sous l'influence de ce traitement.

La phthisie se complique presque toujours de dyspepsie, de vomissements opiniâtres ıggravent rapidement l'état des malades ; l'élixir chlorhydro-pepsique a donné, dans :as, d'excellents résultats en faisant cesser les vomissements et en modifiant l'état des ı digestives.

Des rhumatisants, des goutteux qui, depuis longtemps, ne digéraient qu'avec une ex- ıe difficulté, ont vu leurs fonctions digestives se rétablir après quelques jours de ce ement.

Enfin, un dernier point fort important sur lequel nous voulons insister : Tous les iciens savent combien les troubles gastro-intestinaux sont graves et fréquents l'enfant, et combien les ressources de la thérapeutique pour les combattre sont li- :es.

MM. Archambault et Bouchut ont expérimenté l'élixir Grez à l'hôpital des Enfants dans ıombreux cas de diarrhées chroniques, de vomissements ; sous l'influence de cette mé- tion, diarrhées et vomissements ont cessé rapidement, les fonctions digestives ont is leur cours régulier, et cela même dans l'affection si grave et si rapidement mor- , le choléra infantile.

Cette préparation se donne à la dose de une à deux cuillerées à bouche, aux repas, pour ıdultes, et pour les enfants, une à deux cuillerées à café, pur ou mélangé avec un peu u.

Dans ce rapide exposé, nous avons voulu appeler l'attention sur ce nouveau traitement dyspepsies, en consignant les résultats de son emploi. Les nombreuses guérisons ob- ıes permettent d'affirmer que cette préparation est indiquée toutes les fois qu'il y a ıtitude à digérer.

(*Union médicale.*) Dr G. Dubois.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 67 SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 67. Samedi 9 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE Dr LAILLER.

Méningite tuberculeuse cérébro-spinale.

Par Albert M. MATHIEU,
Interne des hôpitaux.

Le nommé J. J..., âgé de 41 ans, chapelier, entre le 10 mai 1882, dans le service de M. Lailler à Saint-Louis.

Depuis quelques mois, cet homme est surmené. Indépendamment du travail qu'exige sa profession, il a été obligé de soigner sa femme malade, et de passer près d'elle un grand nombre de nuits. Depuis cette époque, il tousse et s'est amaigri.

Au moment de l'entrée, on trouve un homme au teint jaunâtre, à la figure fatiguée, et légèrement infiltrée. Il porte à la jambe gauche un placard d'eczéma sec, à fond violacé. Au-dessus de la malléole interne existe une petite fistule par laquelle s'écoule du pus. Le stylet pénètre profondément sans qu'il soit possible de rencontrer de surface osseuse dénudée.

A l'auscultation, on constate de l'expiration rude et prolongée dans les fosses sus et sous-épineuses, surtout du côté droit. La toux fait éclater des bouffées de râles sous-crépitants humides.

Des craquements humides, toujours plus abondants à droite, s'entendent en avant dans les fosses sous-clavières. Il y a de la matité dans les régions correspondantes en avant et en arrière.

Le 22 mai, vers le soir, le malade présente de la fièvre et du délire. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose ; son facies est hagard, on le maintient dans son lit avec une certaine peine.

Le 23 mai, il est couché dans le décubitus dorsal, regardant avec des yeux étonnés. On ne peut obtenir de lui que des syllabes incohérentes. Il semble qu'il lui soit impossible de tirer la langue hors de la bouche. Il suit des yeux les mouvements que l'on fait, regarde quand on l'interpelle, mais ne répond pas, et n'exécute pas les mouvements qu'on lui commande.

Pas de déviation des yeux, pas d'inégalité de dilatation, ni de resserrement des pupilles. Pas de paralysie de la face, ni des membres. Du côté droit, il semble y avoir un certain degré d'analgésie; le malade est presque complètement insensible aux piqûres et au pincement. Il donne au contraire des signes de douleur lorsqu'on le pique ou le pince du côté gauche. T. 39°.

Le 24. Nuit agitée ; le malade pousse des cris aigus. Le matin, il présente un certain degré de trismus et de contracture des membres. Les pupilles sont contractées. Vomissements bilieux. Pouls 104.

Pas d'hyperesthésie, sauf *à la plante des pieds*.

Il demeure dans le même état jusqu'à deux heures de l'après-midi: les membres sont contracturés et rétractés. La mâchoire inférieure serrée, dans un véritable état de trismus. Il est du reste absolument étranger à tout ce qui se passe autour de lui.

Vers cinq heures, la contracture a disparu. Le malade répond aux questions qu'on lui pose ; son intelligence est nette ; il a totalement oublié ce qui s'est passé depuis deux jours.

L'hyperesthésie plantaire est toujours aussi marquée. Cependant la sensibilité n'est pas exagérée sur les membres inférieurs, non plus que sur toute autre partie du corps. Il y a là une localisation très nette, T. 39°,5. P. 115.

Le 25. Expectoration puriforme. Obscurité très grande de la respiration.

Subdélirium ; hyperesthésie toujours marquée de la plante des pieds.

Vomissements bilieux ; contracture des pupilles.

Mort dans la nuit du 25 au 26.

A l'autopsie, on trouve les poumons accolés à la plèvre pariétale par des adhérences celluleuses développées surtout à leur partie postérieure. Au niveau des sommets, les adhérences sont beaucoup plus épaisses, plus résistantes : on ne peut extraire le poumon que par fragments.

Le poumon gauche présente une infiltration tuberculeuse confluente du lobe supérieur. Les nodules tuberculeux sont du volume d'un grain de riz, en moyenne. Des tractus fibreux assez denses traversent le parenchyme pulmonaire. Dans le lobe inférieur, se rencontrent des nodules tuberculeux plus rares et plus petits.

Dans le poumon droit, l'infiltration tuberculeuse est moins confluente. Le tissu pulmonaire est plus rouge, plus foncé, plus dense et comme splénisé, surtout dans son lobe inférieur. On y voit de petits nodules tuberculeux disséminés entre des nodules plus gros.

A leur partie antérieure, les deux poumons sont assez fortement emphysémateux

Le cœur est de volume moyen, un peu flasque et jaunâtre. Il renferme de gros caillots fibrineux.

Le foie est un peu graisseux.

La rate est criblée de tubercules miliaires très confluents. La capsule est épaissie ; elle est unie aux parties voisines par des adhérences peu résistantes.

Les reins sont congestionnés, graisseux et sans doute un peu cirrhotiques.

A l'enlèvement du cerveau, on ne constate pas de modification appréciable de la dure-mère. La pie-mère est épaissie et injectée.

Elle présente un assez grand nombre de granulations tuberculeuses, les unes jaunâtres, les autres grisâtres. Ces granulations se rencontrent surtout au pourtour des vaisseaux, en particulier le long des artères sylviennes. Il s'en trouve dans toute l'étendue de la pie-mère, ce qui se constate facilement lorsqu'on examine cette membrane par transparence. Elles se succèdent souvent par séries de cinq ou six granulations juxtaposées.

Les espaces sous-arachnoïdiens renferment une certaine quantité de liquide citrin; nulle part on ne trouve du pus.

Les méninges s'enlèvent facilement, sans déchirure des circonvolutions ; celles-ci présentent à leur surface un piqueté rouge un peu plus marqué que normalement.

La substance cérébrale est légèrement ramollie ; elle s'aplatit par son propre poids lorsqu'elle repose sur un plan résistant.

A la partie postérieure de la fente de Bichat, à gauche, il existe un noyau dur, du volume d'une noisette, constitué de la façon suivante : au centre le plexus choroïde épaissi, induré, parsemé de granulations tuberculeuses; à la périphérie, la substance cérébrale voisine elle-même indurée, infiltrée de granulations et de foyers miliaires hémorrhagiques. L'épanchement séreux intraventriculaire est peu considérable. A la surface du bulbe et du cervelet, la pie-mère est épaissie, exempte de tubercules.

Au pourtour de la moelle, le liquide céphalo-rachidien est, semble-t-il, un peu plus abondant que normalement. La pie-mère est congestionnée et épaissie.

Au niveau du renflement lombaire, en arrière, le long des faisceaux postérieurs, on trouve cinq ou six granulations tuberculeuses jaunâtres; malgré un examen soigneux, on n'en rencontre pas ailleurs.

La substance médullaire paraît un peu ramollie.

Par sa nature même, la méningite tuberculeuse se prête facilement aux variations les plus étendues, aux combinaisons cliniques les plus différentes : c'est affaire de localisation, de généralisation plus ou moins complète, affaire de retentissement inflammatoire plus ou moins étendu, plus ou moins marqué. Dans le cas présent, l'évolution fatale de la maladie a été singulièrement rapide; l'affection a débuté brusquement, sans prodrome; trois jours après, le malade était mort. Cette marche rappelle celle de la méningite aiguë.

Malgré la rapidité de l'évolution, malgré l'intensité des phénomènes, les lésions de l'appareil cérébro-rachidien étaient assez restreintes, ce qui montre une fois de plus que pour le système nerveux l'intensité de la réaction symptomatique ne se peut point mesurer à l'intensité des lésions constatables.

Dès le début, le malade a présenté un véritable état d'aphasie et

de surdité psychique. Il suivait des yeux les mouvements que l'on faisait, mais il ne semblait pas comprendre ce qu'on lui disait et on n'en pouvait tirer que des grognements indistincts. Cet état, voisin de celui qui succède aux attaques apoplectiques, se retrouve dans un grand nombre de circonstances : toutes les fois sans doute que le fonctionnement des centres psychiques se trouve momentanément suspendu ; il y a là une sorte d'étonnement cérébral qui porte tout aussi bien sur les phénomènes d'activité et d'émission que sur les phénomènes de réception et de sensation. Je ne le signale ici que parce qu'il a pendant près de vingt-quatre heures constitué toute la symptomatologie, et parce que depuis quelque temps on relève volontiers les manifestations de cet ordre. Il ne manquait qu'une lésion limitée pour qu'on pût tirer de ce fait une preuve à l'appui de la localisation de l'aphasie avec surdité verbale ou surdité psychique.

Les phénomènes de trismus et de contracture tétanique que l'on a relevés étaient attribués autrefois aux lésions cérébrales. Les recherches de MM. Magnan, Liouville et Hayem ont montré que les déterminations pathologiques se faisaient dans la tuberculose des méninges tout aussi bien vers la moelle que vers l'encéphale. Si l'on a pendant longtemps distrait la méningite intra-crânienne de la méningite intra-rachidienne, c'est tout simplement parce qu'on se bornait à faire l'autopsie du cerveau sans examiner la moelle.

L'observation précédente vient à l'appui de cette manière de voir. Bien que l'on n'ait rencontré de tubercules qu'à la partie postérieure du renflement lombaire, la congestion marquée des enveloppes médullaires, l'abondance du liquide cérébro-rachidien, l'épaississement de la pie-mère montrent bien que la moelle avait été atteinte dans le processus morbide.

Pendant la vie du malade, l'existence de l'hyperesthésie limitée à la plante des pieds avait beaucoup intrigué. Les données qui ont actuellement cours sur la physiologie du cerveau ne permettent guère d'attribuer l'anesthésie limitée à une lésion elle-même localisée du cerveau. La disparition de la sensibilité était du reste à peu près également prononcée de deux côtés, et, par elle seule, cette symétrie eût éloigné toute hypothèse de localisation cérébrale.

A l'autopsie, nous avons trouvé un groupe de tubercules à la partie postérieure du renflement lombaire de la moelle. Nulle part ailleurs il n'existait de tubercules dans les méninges rachidiennes. On est donc amené à attribuer l'hyperesthésie de la plante des pieds à cette lésion limitée.

En terminant, nous ferons remarquer encore que, malgré son évolution rapide, la méningite cérébro-spinale nous a présenté à l'état d'ébauche ses deux phases successives : la contracture du début a cédé quelque temps avant la mort.

THÉRAPEUTIQUE

Hygiène alimentaire.

Les progrès récents de la science médicale et de l'hygiène ont établi que la faiblesse constitutionnelle, que l'on observe si fréquemment aujourd'hui, est causée en grande partie par l'insuffisance de certains éléments salins qui font partie des liquides et des tissus de l'organisme.

Dans l'état normal, ces éléments salins sont fournis par les aliments; mais, soit que les aliments n'en renferment pas une quantité suffisante, soit que l'économie les dépense trop vite, on reconnaît souvent la nécessité de les administrer en supplément, sous forme de médicaments.

Au nombre des substances minérales dont l'insuffisance se fait le plus souvent sentir, il faut placer le fer et le phosphore sous la forme de combinaisons diverses, dont la structure chimique n'est pas encore bien définie.

S'inspirant des travaux récents de chimistes et de médecins distingués, les Trappistes ont composé un aliment qui renferme les principes salins nécessaires à l'économie, en quantité plus grande que celle qui se trouve normalement dans les aliments ordinaires. Avec cet aliment plus riche, les personnes dont le corps ne trouve pas dans la nourriture habituelle la quantité de matières minérales assimilables dont il a besoin, peuvent conserver ou recouvrer une santé et une vigueur qui sont le résultat d'une alimentation complète.

Les Trappistes n'ont pas voulu suivre l'exemple d'autres inventeurs qui croient résoudre le même problème en ajoutant à un aliment quelconque des sels tirés des laboratoires de chimie. Ils ont suivi la nature elle-même, et voici les bases sur lesquelles ils se sont appuyés :

Personne n'ignore que le blé, le maïs, l'avoine, ainsi que d'autres semences de céréales, sont des aliments « complets », ce qui veut dire que des animaux nourris exclusivement de ces graines peuvent vivre et se développer avec tous les attributs d'une santé et d'une organisation parfaites.

Cela ne serait pas possible si ces grains ne renfermaient pas les phosphates et les autres minéraux qui font nécessairement partie de l'économie animale.

Mais les savantes recherches microscopiques et analytiques de M. Mouriès ont fait voir que ces éléments minéraux ne se trouvent pas répartis dans toutes les parties de la graine d'une manière régulière et homogène. Les parties centrales du grain sont constituées par de l'amidon presque pur, tandis que la portion externe, corticale, renferme presque tous les principes minéraux et azotés qui

composent, pour une si grande part, le pouvoir alimentaire de ces graines.

Une autre particularité de la structure du blé, du maïs et de l'avoine, consiste en ce que leurs parties centrales et pauvres sont beaucoup moins dures que les parties externes et riches.

Il résulte de ce fait que, à l'aide d'un artifice tout mécanique, on peut opérer la mouture de ces grains de manière à les séparer en deux portions inégales, dont la plus faible renferme presque tous les éléments riches en matières minérales et azotées.

Utilisant les ressources que leur procure une magnifique minoterie qui fait partie du monastère, les Trappistes n'ont eu qu'à mettre en œuvre cette donnée pour obtenir une farine dans laquelle on trouve une proportion de substances minérales et azotées supérieure à la moyenne renfermée dans le grain tout entier. — Mais ce n'est pas tout :

Le lait aussi est un aliment complet, renfermant tout ce qui est nécessaire à la constitution du corps humain.

Or, les parties salines de ce liquide ne se trouvent ni dans le beurre ni dans la caséine. C'est dans le *sérum* ou petit-lait qu'il faut les chercher, et qu'on les trouve en dissolution, en même temps que la lactine ou sucre de lait. Le monastère du Port-du-Salut possède une vaste fabrique de fromage qui laisse disponible une quantité considérable de petit-lait. En traitant ce petit-lait par des procédés spéciaux, les Trappistes en retirent tous les principes utiles sans leur faire subir aucune altération, et ils obtiennent ainsi un produit complexe, renfermant les divers phosphates qui existent dans le lait, avec les autres sels naturels de fer, de soude, etc., qui se trouvent là dans les proportions combinées par la nature elle-même. On ne saurait le méconnaître, cet ensemble de matériaux salins, qui ont fait partie de l'organisation vivante et n'ont pas subi l'action destructive des creusets, est bien plus apte à entrer de nouveau dans cette même organisation, que les phosphates de chaux fabriqués au moyen du feu et des acides.

Eh bien ! c'est ce produit, cet *extrait du lait*, qu'un savant médecin a eu l'idée de faire intervenir dans la composition déjà heureuse de l'aliment des RR. PP. Trappistes.

Ainsi, les principes reconstituants de la *Semouline* sont fournis à la fois, par la portion corticale des meilleures céréales et par les sels naturels du lait de vache qui n'ont subi aucune altération, qui sont là dans l'état soluble tout particulier que la nature elle-même a acquis.

Des appareils spéciaux, très perfectionnés, ont été imaginés, tant pour évaporer le petit-lait et le mélanger à la farine, que pour donner à ce mélange une forme granulée qui flatte la vue.

C'est ce produit perfectionné que nous offrons aux personnes faibles, aux convalescents, aux enfants, aux nourrices, aux estomacs fatigués, aux poitrines débilitées, et à toutes les constitutions délicates, avec l'assurance de leur apporter un remède efficace.

La *Semouline* s'emploie en potages ou en bouillies et peut se prendre à toute heures du jour et de la nuit.

25 grammes, soit une forte cuillerée, suffisent pour un potage à l'eau, au lait ou au bouillon, et 35 grammes pour une bouillie.

On peut augmenter ces doses à volonté, et, selon le besoin, prendre plusieurs potages ou bouillies dans le cours de la journée.

(*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 *décembre* 1882. — *Présidence de* M. LABBÉ.

ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX DEVENU ANÉVRYSME ARTÉRIEL. RUPTURE. AMPUTATION DU BRAS. RAPPORT. — *M. Polaillon* fait un rapport sur cette observation envoyée par M. Gripat, d'Angers.

Le sujet est un homme de 56 ans qui, à l'âge de 11 ans, s'était fait avec un canif une plaie au niveau du coude. Hémorrhagie arrêtée par le tamponnement. Bientôt apparaît une tumeur qui reste stationnaire pendant quarante-six ans; elle a le volume d'une noix. Il y a trois ans, gangrène de 3 phalanges par embolie.

Il y a trois mois, augmentation subite de la tumeur avec bruit de souffle perçu à distance, pouls radial insensible. L'artère sous-clavière paraît énormément dilatée.

La tumeur est énorme, se perd en haut dans le bras, en bas s'arrête au coude; la peau est violacée et menacée de gangrène.

Il existe donc un anévrysme faux consécutif. On pratique l'amputation du bras : la guérison est très rapide.

L'examen du bras montre une énorme poche dont les parois très minces sont très difficiles à disséquer, surtout en haut, et occupent tonte la loge antérieure du bras.

La poche primitive est à la partie inférieure.

L'artère est aplatie et très athéromateuse, et mesure 13 millimètres de diamètre au-dessus de la poche primitive, 8 au-dessous.

La veine humérale est oblitérée. On voit encore l'orifice de communication avec l'artère.

La poche anévrysmale est remplie de caillots fibrineux.

L'oblitération de la poche par le caillot a amené l'oblitération de la veine et la transformation de l'anévrysme artério-veineux en anévrysme artériel, qui aurait pu guérir.

Nélaton avait indiqué la possibilité de la guérison de l'anévrysme artério-veineux, par sa transformation en anévrysme artériel.

Cette guérison ne peut pas toujours s'obtenir. Le rapporteur n'en veut pour preuve que le cas suivant qu'il a observé à la Pitié en 1880. Un jeune homme s'était tiré une balle dans l'aisselle, d'où anévrysme avec bruit de souffle continu avec renforcement. Les veines du bras n'étaient pas dilatées : la communication se faisait donc probablement avec une petite veine et non avec l'axillaire. La compression faite pendant quinze jours ne donna rien, pas plus que l'électropuncture faite, avec l'aide de M. Dujardin-Beaumetz, et dont on fit quatre applications ; la tumeur ne donnait lieu à aucun accident : aussi M. Polaillon engagea-t-il le malade à quitter l'hôpital en lui conseillant de revenir si quelque accident survenait : il ne l'a plus revu.

Névrectomie. Discussion du rapport de M. Pozzi. — *M. Berger* a fait des expériences sur l'arrachement des différentes branches du trijumeau.

Toujours, pour toutes les branches, et principalement pour le sous-orbitaire, l'arrachement se faisait à 1 centimètre ou 1 centimètre 12 du point sur lequel on tirait. En essayant l'arrachement dans l'orbite, le point d'arrachement était toujours bien en avant du ganglion de Meckel.

Il lui a semblé que dans les cas de névrotomie ou d'arrachement qui ont été publiés, on n'avait pas toujours épuisé les moyens médicaux, et en particulier on n'avait pas toujours essayé l'électrisation, qui peut donner de bons résultats, comme il l'a observé notamment dans un cas de tic douloureux dont un malade souffrait depuis dix ans, et qui, au bout de trois mois de traitement par les courants continus, était guéri : la guérison se maintenait par la continuation du traitement.

M. Monod. Dans le cas qui m'appartient et qui a été rappelé par M. Pozzi, l'arrachement s'est fait à 1 centimètre 1/2 comme dans les expériences de M. Berger.

Quelque temps après cette élongation suivie d'arrachement, j'en pratiquais une autre avec plus de précaution pour éviter l'arrachement, qui n'eut pas lieu. Or, la malade traitée par l'élongation a guéri, celle dont le nerf a été arraché a eu une récidive rapide ; cette observation vient donc à l'encontre de ce que nous a dit M. Blum.

M. Pozzi. Les réflexions de MM. Berger et Monod viennent à l'appui de la névrectomie : car elles montrent qu'avec l'arrachement, on ne peut pas agir aussi bien sur les parties les plus centrales du nerf.

M. Marchant rappelle qu'il a fait l'excision du nerf sous-orbitaire pour une névralgie très intense chez un jeune homme qui paraissait avoir souffert de névralgie de tous les nerfs céphaliques, car un chirurgien, qu'il ne connaît pas, avait tenté de faire la section des nerfs

sous-occipitaux. Les nerfs n'avaient pas été coupés, car il n'y avait pas la moindre zone d'insensibilité.

L'opération fut très simple, mais la névralgie ne fut pas guérie.

M. Tillaux. Il ne faudrait pas établir, comme paraît l'avoir fait M. Pozzi, un parallèle entre le procédé de résection du sous-orbitaire, dit français, et le procédé de *Carnochan*. Chacun a ses indications. Le premier ne permet d'atteindre le nerf que dans la partie antérieure de l'orbite et on ne peut aller très loin, et en particulier atteindre les nerfs dentaires postérieurs. C'est pour atteindre ces derniers que Carnochan avait proposé de défoncer le sinus maxillaire, en attaquant d'abord la paroi antérieure, puis la paroi postérieure pour atteindre les nerfs dentaires postérieurs.

M. Verneuil. M. Berger a fait une remarque très judicieuse, quand il a dit qu'on n'avait pas toujours épuisé tous les moyens thérapeutiques avant de faire une section nerveuse. Il cite à l'appui le cas d'une femme à laquelle il avait amputé la cuisse et qui avait des névralgies atroces, Il fit successivement, et sans aucun résultat, la résection de tous les nerfs du moignon; il donna alors de l'hyoscyamine et la malade guérit rapidement. Elle est revenue plus tard avec une névralgie compliquée de zona. L'hyoscyamine en a de nouveau triomphé.

Quand on dépouille les observations d'opérations chirurgicales faites pour des névralgies, on voit que la section, la résection, l'élongation suivie ou non d'arrachement ont donné chacune des succès : d'autres fois on n'a rien obtenu. Aussi ne faut-il pas croire que la guérison des névralgies tienne au procédé opératoire.

Les cas rebelles doivent tenir à des névrites interstitielles.

Quant à l'arrachement, je suis porté à croire que c'est le moyen le plus infidèle : il peut de plus donner lieu à des accidents et à des lésions irrémédiables des centres nerveux, comme l'ont montré les expériences de Brown-Séquard sur les animaux.

M. Nicaise cite à propos des névralgies récidivantes le cas d'un malade qu'il a amputé de la cuisse pour une tumeur blanche et qui fut atteint de névralgie fort intense, malgré la précaution recommandée par M. Verneuil de faire la résection des nerfs au moment de l'amputation. — L'hyoscyamine, les pointes de feu sur la colonne vertébrale ne donnèrent rien. Elle céda au bromure de potassium à haute dose. — A ce sujet je demanderai la permission de citer le danger des opérations sur des nerfs chez des individus dont la névralgie n'est qu'un symptôme larvé de l'épilepsie. Il cite l'observation envoyée par M. Gignoux (de Lyon) d'un homme de 40 ans qui mourut subitement quelques heures après la section du nerf dentaire inférieur.

M. Tillaux rappelle que la malade qu'il a présentée il y a cinq ans à

la Société de chirurgie et à laquelle il a fait la résection du sous-orbitaire dans l'orbite n'a plus vu revenir sa névralgie.

M. Le Fort répondant à quelques réserves faites par MM. Berger et Verneuil au sujet de l'utilité de l'opération dans les névralgies, dit qu'il est bien difficile dans quelques cas de ne pas opérer, que qu'on doive tenir compte, dans les indications de l'opération, de l'illusion qui fait que les malades rapportent à la périphérie une douleur dont la cause est plus centrale : témoin la douleur des amputés.

La valeur de la méthode opératoire est encore discutable : on ne peut pas hésiter entre la section et la résection ; quant à l'élongation, dont les effets ne sont pas seulement locaux, mais paraissent déterminer des modifications dans toute l'étendue du nerf, il croit que l'avenir lui donnera la première place.

M. Pozzi répond que les insuccès existent après la névrectomie; il en a parlé. Quand il a placé, dans son rapport, l'élongation au-dessous de la résection, il n'a voulu parler que pour le nerf sous-orbitaire, nerf très ténu, très délié sur lequel l'élongation n'a qu'une action très restreinte, très limitée ; il se distingue à ce point de vue des nerfs plus volumineux et moins enchâssés.

M. Després n'a jamais vu des cas de névralgies où on ait pu poser l'indication d'une opération quelconque. Le plus souvent les névralgies tiennent à de mauvaises dents.

La meilleure critique qu'on puisse faire de l'élongation, c'est que les névralgies reparaissent ailleurs, comme dans le cas dont nous a parlé M. Marchant.

M. Tillaux. Il y a des indications très nettes de la névrectomie; il faudrait pouvoir poser nettement des contre-indications.

Quand la névralgie paraît centrale, qu'elle occupe successivement toutes les branches du trijumeau, il ne faut pas opérer; mais quand elle est très limitée, qu'elle siège toujours au même point, l'indication est précise : il faut opérer.

M. Labbé a fait il y a trois ans à un malade une névrectomie du nerf sous-orbitaire; la guérison se maintient.

M. Le Fort. Dans le cas où il y a une récidive après quelques jours ou quelques mois, il y a lieu de se demander si la guérison momentanée tient à la section nerveuse ou si elle ne tient pas seulement à l'incision cutanée, ce qui est fort possible : on sait que Malgaigne guérissait les névralgies sciatiques par la cautérisation du tragus. J'ai connu une vieille dame, souffrant d'une névralgie atroce du nerf lingual, et qui n'a pas souffert pendant tout le temps du siège de Paris.

Il faut éviter de faire des opérations, quand les névralgies ne sont périphériques qu'en apparence.

M. Magitot fait remarquer à M. Després que les névralgies d'ori-

gine dentaire ont une tout autre physionomie que les névralgies dont a parlé M. Pozzi dans son rapport et dont il a été question jusqu'ici.

ÉLECTIONS. — *M. Richelot* est élu membre de la Société de chirurgie.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 11 au 16 décembre 1882). — *Lundi* 11. — Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Verneuil, Guyon et Pozzi. (*Epreuve pratique*. Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Béclard, Damaschino et Richet. — 3e (ancien régime): MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. Potain, Hayem et A. Ollivier. — 4e: MM. Bouchardat, Parrot et Rendu.

Mardi 12. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Sappey, Richet et Bouilly. (*Epreuve pratique*. Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 4e: MM. Peter, Fernet Joffroy. — — 5e (Charité): MM. Pajot, Panas et Troisier. — 5e (Charité): MM. Gosselin, Duguet et Charpentier.

Mercredi 13. — Doctorat, — 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Hayem et Reclus. — 1er (ancien régime, oral): MM. Vulpian, Charçot et Terrillon. — 2e (officier de santé): MM. Duplay, Damaschino et Budin. — 3e (ancien régime): MM. Regnault, Henninger et Bocquillon. — 5e (Charité): MM. Depaul, Parrot et Pozzi. — 5e (Charité): MM. Potain, Guyon et Pinard.

Jeudi 14. — Doctorat, 2e (nouveau régime, oral, 1re partie, anatomie, histologie): MM. Robin, Richet et Richelot. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Hardy, Fernet et Humbert. — 2e (ancien régime, oral): MM. Ball, Duguet et Berger. — 2e (ancien régime, oral): MM. Gosselin, Peter et Raymond.

Vendredi 15. — Doctorat, 1er (nouveau régime, oral): MM. Baillon, Gariel et Bourgoin. — 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Vulpian et Ch. Richet. — 5e (Charité): MM. Trélat, Potain et Budin. — 5e (Charité): MM. Depaul, Damaschino et Monod. — 5e (Charité): MM. Parrot, Guyon et Pinard. — 5e (Charité): MM. Verneuil, Charcot et Marchand.

Samedi 16. — 5e (Hôtel-Dieu, nouveau régime, 1re partie, clinique externe et clinique obstétricale) : MM. Pajot, Richet et Humbert. — 5e (Hôtel-Dieu): MM. Gosselin, Panas et Joffroy. — 5e (Hôtel-Dieu): MM. Le Fort, Peter et Charpentier.

Samedi 16. — 5e examen, à 4 heures (salle des thèses). Composition écrite.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décet en date du 1er décembre 1882, ont été promus, dans le cadre du corps de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de* 1re *classe :* M. Pallé, médecin principal de 2e classe.

2° *Au grade de médecin principal de* 2e *classe :* M. Massoutié, médecin-major de 1re classe.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* MM. Letellier, Mangenot, Moret, Straus, Debout, Gentit, Blanche.

4° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe* : M. Frizac, pharmacien-major de 2e classe.

École de médecine de Poitiers. — M. Alban de la Garde, suppléant, est chargé du cours d'hygiène et de thérapeutique, en remplacement de M. Robert, appelé à d'autres fonctions.

M. Robert, professeur de thérapeutique et d'hygiène, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Chedevergne, appelé à d'autres fonctions.

M. Chedevergne, professeur de clinique interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Guérineau, décédé.

La direction de la santé publique. — En rendant compte au ministre de l'intérieur de leur mandat comme délégues du gouvernement au Congrès de Genève, MM. Henry Liouville et Vidal ont remis à M. Fallières le dossier des différents documents relatifs à la création d'une *Direction de la Santé publique*. Le ministre, frappé du vœu unanime exprimé par les hygiénistes de tous les pays, paraît disposé à entrer dans la voie indiquée en centralisant dans une même direction tous les services d'assistance et d'hygiène dépendant de son département. Ce sera un acheminement vers une organisation plus complète de la médecine publique par la fusion, en une seule et même direction, des services d'hygiène ressortissant actuellement à d'autres ministères, fusion qui, tôt ou tard, ne peut manquer de s'imposer. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Muséum. — M. Ph. Van Thieghem, membre de l'Académie des sciences, professeur de botanique (organographie et physiologie végétale) au Muséum d'histoire naturelle, a ouvert ce cours le samedi 2 décembre 1882, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis, et samedis suivants, à la même heure.

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Ball fera dimanche prochain, 10 décembre, une leçon sur la *contagion de la folie*.

Cours public sur les maladies des yeux. - Le Dr Galezowski a commencé ce cours à l'École pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 2, le mercredi 6 décembre à 8 heures du soir, et il les continuera les mercredis suivants à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des altérations oculaires dans les maladies de la moelle épinière et du cerveau. La fin de chaque séance sera consacrée à des démonstrations ophthalmologiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, *rue Hautefeuille*, 19.

Précis de thérapeutique chirurgicale, par le docteur P. Decaye. Un vol. in-18 jésus de 600 pages. 6 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

77... 6

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 68 MARDI 12 DÉCEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
le l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

Ce numéro contient un supplément de quatre pages.

29e Année. — Tome II. — N° 68. Mardi 12 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Diagnostic de la méningite tuberculeuse au début,

Par M. le Dr GREFFIER.
Ancien interne des hôpitaux.

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse au début est, de l'avis de tous les auteurs, des plus difficiles.

Cette difficulté était, il y a peu de temps, l'objet de nouvelles dissertations de la part de MM. Duplouy, Le Clerc, de Musgrave-Clay à l'*Association française pour l'avancement des sciences* (1).

Cette discussion nous a remis en mémoire les remarquables considérations que nous avait souvent présentées à cet égard notre savant maître M. J. Simon.

Nous avons songé alors à rechercher les éléments sur lesquels peut se fonder ce diagnostic, nous appuyant principalement dans cette recherche sur quelques observations recueillies dans son service, et sur les réflexions que ces cas avaient suggérées à cet éminent clinicien. Notre travail ne portera que sur la méningite des enfants ; le début, en effet, est tout différent chez l'adulte : primitive chez les premiers, elle apparaît chez le second dans le cours d'une tuberculose confirmée et ne présente pas à l'observateur la même difficulté.

Il est loin d'en être de même chez l'enfant. Sans doute, dans les cas-types, on a une réunion de symptômes qui ne laissent pas de place au doute, mais, dans bien des cas également, une partie des symptômes fait défaut et l'hésitation est permise en pareille circonstance.

Rappelons brièvement les symptômes classiques du début.

Guersant et Trousseau en ont donné une excellente description. Les points sur lesquels ils insistent sont les suivants : on observe un *changement notable* dans la manière d'être des petits malades ; ce changement consiste le plus souvent dans une tristesse dont rien ne rend compte ; en même temps il y a un *amaigrissement* notable, quelquefois des *vomissements bilieux*. Le sommeil n'est plus aussi profond, ou même c'est l'*insomnie* complète qui lui succède ; ce sommeil imparfait est agité, troublé par des réveils en sursaut accompagnés de *cris caractéristiques*.

D'après Trousseau, il y a là plutôt des symptômes d'opportunité morbide que d'une maladie déclarée. Nous reviendrons sur ce point. Quoi qu'il en soit, on voit d'ordinaire à ces prodromes succéder des signes plus caractéristiques qui constituent la *première période* des auteurs : ce sont des *vomissements* souvent incoercibles, de la *con-*

(1) La Rochelle. Session de 1882. Séance du 26 août.

stipation et une *céphalalgie* considérable, ordinairement générale, quoique plus intense vers le front, et quelquefois sur le sommet de la tête. En outre, il y a de la *fièvre*, fièvre qui présente quelques caractères particuliers sur lesquels nous insisterons plus tard. A ces phénomènes s'en ajoutent souvent de très caractéristiques : ce sont les phénomènes d'ordre convulsif consistant soit dans des convulsions *générales*, soit dans des *convulsions partielles* (strabisme), soit dans des roideurs et des contractures. Du côté de l'appareil visuel, on peut encore voir survenir des symptômes importants, ce sont l'amblyopie et l'hémiopie sur lesquels Trousseau insiste tout particulièrement. Ces faits sont aujourd'hui parfaitement expliqués par les états pathologiques de la rétine (Bouchut, Galezowski).

Tels sont les seuls symptômes que l'on doive, d'après les auteurs, rapporter à la première période de la méningite. Ensuite vient ce que l'on a appelé la *période apyrétique*, à cause de la lenteur du pouls qui est en même temps inégal et irrégulier, et de la chute de la température qui revient au chiffre physiologique. Dès lors, ces phénomènes, joints à la modification de la respiration qui prend le caractère dit de Cheyne-Stockes, aux alternatives de rougeur et de pâleur de la face, ne permettent plus d'hésiter beaucoup sur le diagnostic.

Il n'en est pas de même pendant la période prodromique. Alors même que tous les symptômes sont réunis, l'hésitation est souvent permise.

Pour ce qui est des prodromes proprement dits, il est difficile, nous l'avons dit déjà d'après Trousseau, d'asseoir sur eux un diagnostic certain. « Nous savons, dit Trousseau, combien le caractère d'un enfant se modifie sous l'influence du plus petit malaise. Il n'est donc pas besoin, pour expliquer la tristesse, la morosité des individus placés sous l'influence d'une fièvre cérébrale imminente, d'invoquer l'existence d'une lésion de l'encéphale, quand ces phénomènes morbides trouvent leur raison d'être dans l'état de malaise provoqué par la perturbation profonde que jette dans les fonctions de l'économie la manifestation lente et fatale de la diathèse tuberculeuse. »

Dans le cours de la première période, le diagnostic est ordinairement moins difficile. Un mouvement fébrile à allures particulières, une céphalalgie violente plus ou moins limitée à une partie du crâne, la constipation, des vomissements opiniâtres, un sommeil interrompu ou une insomnie complète, voilà assez de signes pour asseoir les bases du diagnostic. Mais cette réunion de tous les signes est loin d'être constante ; dans bon nombre de cas, un certain nombre d'entre eux font défaut et c'est précisément là le point que nous voulons chercher à éclairer quelque peu.

Arrivons donc aux cas que nous avons observés et que nous nous proposons de commenter.

Observation I. — (Consultation de M. J. Simon, 1er mai 1880.) — Il s'agit d'un garçon de 3 ans, malade depuis huit à dix jours.

Cet enfant a maigri. Il présente de l'insomnie et pousse la nuit des cris très aigus ; le jour, il est dans la somnolence.

Il offre plutôt de la diarrhée que de la constipation.

Le ventre n'est pas météorisé.

La langue est saburrale. Le malade a de la soif et de l'anorexie. Le pouls et à 84.

Quels sont ici les symptômes qui se rapportent à la méningite ? Nous avons les symptômes prodromiques : amaigrissement, insomnie avec cris aigus ; il y a un mouvement fébrile qui ferait songer au début de la première période. Mais nous ne voyons signalés ni les vomissements, ni la céphalalgie, ni la constipation : il y a au contraire de la diarrhée. N'avons-nous pas affaire plutôt à une fièvre typhoïde? Elle expliquerait aussi bien l'insomnie, l'amaigrissement, la fièvre, la diarrhée. Mais la fièvre typhoïde est rare à cet âge. Les cris aigus signalés dans l'observation ne lui appartiennent pas. L'affection date déjà de huit jours : il y aurait du ballonnement du ventre, le pouls serait beaucoup plus élevé, à 120 au moins. Il est donc difficile dans un cas semblable de faire un diagnostic précis. La fréquence de la méningite tuberculeuse, les antécédents tuberculeux, s'ils existaient, feraient plutôt pencher la balance du côté de la fièvre cérébrale. Trousseau insiste sur la difficulté du diagnostic en pareil cas. « La céphalalgie qui accompagne la fièvre typhoïde est quelquefois aussi violente et aussi localisée que dans la fièvre cérébrale. Les vomissements peuvent être aussi persistants ; la diarrhée fait quelquefois défaut et est remplacée par une constipation opiniâtre ; le gonflement de la rate, les épistaxis, les taches rosées lenticulaires et les sudamina ne se montrent pas toujours. Le ventre peut être creusé en carène au lieu d'être météorisé. La violence du mal de tête peut arracher des cris qui font croire à des cris hydrencéphaliques. » Mais il est rare, en somme, que la fièvre typhoïde se présente sous cet aspect. La marche de la *température* pourrait rendre de grands services.

La fièvre, dans la méningite, offre assez souvent un caractère rémittent très marqué avec exacerbation le soir. Mais dans beaucoup de cas il n'en est pas ainsi, et le mouvement fébrile est plutôt irrégulier, en ce sens que plusieurs fois en vingt-quatre heures il présente des phases d'accroissement et d'atténuation. Le pouls bat pendant une heure ou deux, 100, 120, 140 à la minute, puis il retombe subitement à 100 et même 80. Le thermomètre indique une élévation constante de la température, mais elle reste comprise entre 38,5 et 39°. Quant à l'ensemble de la courbe, il présente des oscillations capricieuses qui sont loin du type régulier de la dothiénentérie.

Quand arrive la deuxième période, la chute du pouls, sa petitesse et son irrégularité, le type respiratoire de Cheyne-Stockes viennent faciliter grandement le diagnostic.

Voici encore un cas où le même point d'interrogation se pose:

Obs. II. — (Consultation de M. J. Simon, 27 mai 1882.)

Enfant de 3 ans et demi.

L'affection a débuté il y a huit jours par des nausées et des vomissements, de la céphalalgie et de la fièvre le soir.

Il y a en outre de la constipation.

L'enfant tousse un peu ; la mère signale chez lui de l'oppression; en réalité ce qui domine, c'est un état d'hébétude ; l'auscultation et la percussion sont négatives.

Ici, nous avons bien les trois grands symptômes de la première période de la méningite : céphalalgie, vomissements, constipation; il y a en outre de la fièvre. Toutefois, à cause du peu de renseignements que nous donne la mère (et c'est le cas le plus ordinaire), avons-nous le droit de conclure immédiatement ? M. J. Simon fait observer à l'auditoire à propos de ce petit malade, qu'on devrait dans des cas semblables songer à faire le diagnostic de la méningite et de la pneumonie. L'enfant toussait un peu ; la mère signalait de l'oppression. Or, les enfants atteints de pneumonie n'accusent pas le point de côté : ils ont seulement une toux sèche et de l'oppression; la percussion ne révèle qu'un peu de submatité, encore la pneumonie siége-t-elle le plus souvent au sommet, ce qui augmente la difficulté. L'auscultation indique de l'apnée : le poumon malade ne respire pas. Ce n'est qu'au bout de trois jours qu'apparaissent les signes ordinaires de la pneumonie. Ici, l'affection date de plus de trois jours, et cependant les signes sthétoscopiques sont normaux; l'oppression n'existe pas en réalité ; elle est simulée par l'état d'hébétude du sujet. On n'a donc pas affaire à une pneumonie.

Reste la fièvre typhoïde. Mais la fièvre typhoïde, nous l'avons dit tout à l'heure, est aussi rare à cet âge que la méningite est commune; la constipation ne lui appartient pas d'ordinaire. Le ventre serait ballonné et la fièvre plus forte. Nous sommes donc conduit ici à conclure à la méningite.

Quelquefois les choses se présentent d'une façon toute différente comme dans l'observation suivante :

Obs. III. — (Consultation de M. J. Simon, 8 juin 1880.)

Fille de 6 ans, malade depuis deux mois.

On nous l'amène pour une défécation involontaire de matières qui autrefois étaient moulées et sont aujourd'hui diarrhéiques. Son caractère a changé, elle est devenue triste et a perdu la mémoire. Elle maigrit beaucoup depuis quelque temps. Il est évidemment impossible de poser dans ces conditions un diagnostic certain.

M. J. Simon ordonne des lavages à l'eau froide tous les matins et des lavements froids.

15 *juin*. L'enfant revient à la consultation : elle ne parle plus, et est constamment somnolente. La diarrhée a fait place à la constipation; elle est quelquefois deux jours sans aller à la selle, les lavements n'amènent pas de garde-robes. Quand les selles se produisent, elles ne sont plus involontaires.

L'enfant ne veut plus marcher et se plaint constamment de la soif.

Traitement. Tous les jours un lavement avec une cuillerée à bouche de sel de cuisine. Deux cuillerées à café du sirop suivant :

Iodure de potassium...................... 10 gr.
Sirop d'écorcee d'oranges.................. 15 —

Il est évidemment bien difficile dans un cas semblable de se prononcer en faveur d'une méningite. Le changement dans le caractère, la tristesse et plus tard la somnolence, l'amaigrissement sont évidemment choses trop banales pour suffire à ce diagnostic. La défécation involontaire est un phénomène insolite qui doit appeler l'attention sur l'état des facultés cérébrales. Mais si l'on considère l'ensemble de ces caractères, si l'on en rapproche la constipation qui succède à la diarrhée, la fièvre, l'état d'abattement de l'enfant qui ne veut plus ni parler ni marcher, on pense évidemment à une menace de méningite sans qu'il soit possible de se prononcer franchement. Evidemment, dans un pareil cas, la marche de la maladie peut seule fixer le diagnostic.

La *dentition* donne quelquefois lieu à un appareil de symptômes alarmants qui peuvent donner le change : mais aussi, il n'est pas rare que la méningite éclate au moment de la dentition, et il est alors impossible de savoir ce qui revient à l'une ou à l'autre.

Voici une observation de ce genre :

Obs. IV. (Consultation de M. J. Simon, 28 mars 1881.)

Enfant d'un an, en *pleine dentition*, élevé au sein.

Comme renseignement sur les antécédents, sa mère prétend qu'il vient d'avoir une sorte de variole (?).

Depuis deux mois, cet enfant ne dort pas et est surexcité. Il vomit tout ce qu'il prend, mais ne vomit pas en dehors de l'alimentation.

Il grince des dents, crie la nuit, et quelquefois pousse de grands cris.

Les garde-robes sont régulières.

Il a les yeux un peu fixes, mais pas de strabisme. Sa mère a remarqué qu'il devient quelquefois très rouge, puis très pâle.

Traitement. Vésicatoire à la nuque. Supprimer le café à la mère, qui prendra également 2 grammes par jour de bromure de potassium.

Nous avons ici un certain nombre de symptômes qui sont bien

ceux de la méningite : l'insomnie persistante, le réveil avec des cris, les vomissements, la fixité du regard, les alternatives de rougeur et de pâleur, lui appartiennent certainement. Mais à côté de cela, un signe important fait défaut : la constipation. En outre, l'enfant est en pleine dentition : il est donc *bien probable* que nous avons affaire à un état méningitique ; mais l'existence de cette dernière circonstance doit nous rendre très réservé.

La réserve doit être d'autant plus grande qu'il existe à n'en pas douter des accidents méningitiques différents de la méningite tuberculeuse et qui guérissent. Dans la discussion à laquelle nous faisions allusion plus haut (Association française pour l'avancement des sciences) le fait a paru certain à plusieurs cliniciens distingués. M. de Musgrave-Clay rapporte un cas dans lequel on rencontrait le tableau clinique complet de la méningite : les accidents se prolongèrent plus d'un mois ; les parents, forts pauvres, n'appelaient plus le médecin. Au moment où l'on y pensait le moins, l'enfant guérit.

M. Leclerc rapporte un cas très singulier, où les accidents méningitiques paraissent devoir être rapportés à une croissance rapide. Cet enfant présentait des accidents à forme méningitique qui ont complètement guéri. Après la guérison, on constata qu'il avait grandi de deux centimètres en quelques jours. Des accidents comateux apparaissent quelquefois également à la suite des fièvres, des maladies générales graves. M. Jules Simon nous a rapporté l'observation d'un enfant déjà grand et qui au déclin d'une scarlatine est tombé dans un tel état comateux que deux médecins éclairés avaient cru devoir porter le diagnostic de méningite. Cependant cet enfant revint à la connaissance, resta quelque temps aphasique et finit par guérir complètement.

Nous terminerons ces réflexions par des conclusions que nous empruntons à M. J. Simon. C'est d'abord qu'il ne faut pas se prononcer trop vite en pareil cas, tant par considération pour sa réputation scientifique, que dans l'intérêt même du malade. Si en effet l'on a fait une erreur de diagnostic, si ce n'est pas de la méningite qu'il s'agit et qu'on ait trop hâtivement prononcé ce mot, les parents perdent la tête, appellent toutes sortes de charlatans, soignent le malade par des remèdes absurdes et nuisibles et il perd ainsi sa dernière chance de salut. En second lieu, alors même qu'on croit fermement à la méningite, il ne faut pas abandonner son malade sans secours. Le traitement des indications ne sera pas négligé : on s'efforcera de soulager les souffrances du malade, et la terminaison fatale sera au moins l'objet de tous les ménagements dignes d'un médecin. En outre, lorsqu'un diagnostic est aussi difficile, on peut s'être trompé et manquer l'occasion de remplir des indications qui hâteront la guérison.

THÉRAPEUTIQUE

—

De l'action anesthésique et diurétique de l'extrait de stigmates de maïs.

Par le Dr Ducasse.

L'action anesthésique et diurétique des stigmates de maïs a été signalée en 1879. Mais en comparant les résultats que j'ai obtenus avec ceux qui ont été indiqués depuis cette époque, il ne me semble pas qu'on ait suffisamment insisté sur cette double action.

Pris sous forme d'extrait ou de sirop d'extrait, de façon à se rendre compte du dosage qui doit être de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour d'extrait, les stigmates de maïs calment beaucoup mieux que tout autre moyen les douleurs de la cystite chronique, de la gravelle et de la colique néphrétique, en même temps qu'ils favorisent, dans les deux derniers cas, l'expulsion des graviers.

Cette action anesthésique est même tellement manifeste, que je serais surpris si on ne venait point à découvrir un jour ou l'autre, dans les stigmates de maïs, quelque alcaloïde possédant une action anesthésique spéciale sur les voies urinaires.

Dans la colique néphrétique notamment, alors que les injections de morphine ne suffisent pas à endormir la douleur et le malade, le sirop de stigmates de maïs la rend très tolérable, et la miction ne tarde pas à s'effectuer, entraînant avec elle une quantité de graviers infiniment plus considérable qu'on ne l'observe habituellement. Et si on continue le médicament d'une façon d'abord soutenue, puis intermittente, on voit rarement les accidents revenir. C'est en un mot le meilleur préventif de la gravelle et de la colique néphrétique. Dans la cystite aiguë, l'effet anesthésique ne se produit pas, sans doute parce qu'il y a là un élément inflammatoire qui s'accommode mal d'un modificateur de la muqueuse.

Quant à l'action diurétique, niée par beaucoup de médecins, je crois que les insuccès n'ont tenu qu'au mode d'administration ou à la qualité des stigmates, et je partage complètement, pour en avoir eu la preuve bien des fois, l'opinion de M. le Dr Landrieux, médecin des hôpitaux de Paris, qui terminait un travail sur ce sujet par les conclusions suivantes :

1° Non seulement les préparations diverses de stigmates de maïs sont utiles comme agent modificateur des sécrétions des voies urinaires, mais ces mêmes préparations peuvent être également considérées comme un *agent diurétique* incontestable ;

2° La diurèse s'obtient rapidement et, dans l'espace de trois ou quatre jours, l'augmentation des urines devient évidente et considérable ;

3° Les effets diurétiques s'observent non seulement dans les maladies des organes de l'excrétion urinaire, mais aussi dans les perturbations apportées à la circulation sanguine (maladie du cœur et des vaisseaux);

4° Le pouls se régularise, la tension artérielle augmente, alors que la tension veineuse diminue;

5° Le médicament n'exerce aucune perturbation soit sur le système nerveux, soit sur les fonctions du tube digestif;

6° La tolérance pour ce médicament est complète, absolue, et la médication, dans les maladies chroniques, peut être continuée sans inconvénient pendant un mois, six semaines, ainsi que cela résulte de mes observations.

Je n'ai pas expérimenté le muguet, autour duquel on fait depuis quelque temps boaucoup de bruit, mais je doute qu'il vaille mieux au point de vue diurétique que les stigmates de maïs.

Je pourrais à l'appui citer de nombreuses observations, mais je serais entraîné trop loin, et je crois en avoir assez dit pour encourager les confrères qui me liront dans la voie d'une expérimentation qui certainement leur donnera de beaux résultats.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 *décembre* 1882. — *Présidence de M.* DUJARDIN-BEAUMETZ.

A l'occasion du procès-verbal:

M. Sevestre. Le malade hémianesthésique dont j'ai parlé dans la dernière séance n'a jamais présenté d'accidents saturnins. Je ne crois pas non plus que ce soit un simulateur,

M. Moreau, de Tours, donne sa démission de membre titulaire et demande le titre de membre honoraire.

M. Burcq envoie une note sur l'hystérie chez l'homme. Cette note est renvoyée à une commission composé de MM. Debove, Landouzy et Sevestre.

M. le Président annonce la mort du Dr *Cazalis*, médecin honoraire des hôpitaux et exprime les regrets unanimes de la Société.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A AUXERRE. — *M. Dionis des Carrières* fait à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une très remarquable communication sur l'*épidémie de fièvre typhoïde à Auxerre.* Cette épidémie, qui a été particulièrement meurtrière, aurait été produite par les eaux de la ville, dont la source prend naissance dans un village voisin, auprès d'un fumier, sur lequel on avait jeté les déjections d'une typhoïdique.

Cette communication est renvoyée à une commission composée de MM. Guyot, Martineau et Féréol, rapporteur.

Bothriocéphale. — *M. Laboulbène* montre des fragments de bothriocéphale rendus par un malade de son service. Il a trouvé des œufs en grande quantité dans les selles de ce malade. Une partie de ces selles a été remise à M. Balbiani, une autre à M. Lacaze-Duthiers, qui doivent chercher à étudier le développement des œufs du bothriocéphale et l'évolution de cet helminthe.

M. Féréol demande à M. Laboulbène s'il est toujours aussi content de la pelletiérine ; il l'a trouvée, dans ces derniers temps, moins efficace que précédemment.

M. Laboulbène. Je me sers toujours et exclusivement de la pelletiérine Tanret; mais peut-être la dose de 0,20 à 0,30 centigrammes est-elle un peu faible.

M. Féréol. Avec la pepsine amylacée, j'ai vu rendre un tænia absolument en bouillie et en partie digéré.

M. Damaschino. En 1879 j'ai essayé de suivre le développement des œufs du bothriocéphale, mais je n'ai pas réussi.

M. Tenneson. Je crois que les insuccès peuvent tenir au mode d'administration du médicament; en donnant le purgatif avant la pelletiérine, je n'ai pas d'insuccès.

M. Laboulbène partage l'avis de M. Tenneson.

M. Féréol. J'ai fait rendre un bothriocéphale à un de mes malades au moyen de la pelletiérine.

M. Dujardin-Beaumetz. Je crois, en effet, qu'on a baissé un peu trop la dose de la pelletiérine, parce qu'on craignait les effets toxiques du médicament.

C'est M. Béranger-Féraud qui a donné le premier le conseil d'administrer le purgatif avant le tænifuge. Pour ma part je continue à donner le purgatif après, mais je donne 30 grammes d'eau-de-vie allemande au lieu d'huile de ricin.

M. Tenneson. J'emploie l'huile de ricin de préférence à l'eau-de-vie allemande, parce que c'est un purgatif plus rapide et je crois qu'il y a avantage à agir ainsi.

M. Desnos. J'ai observé des cas de paraplégie à la suite de l'administration de la pelletiérine.

M. Laboulbène. Je n'ai jamais rien vu de semblable.

Il existe un anthelmintique idéal, c'est le kousso qui est en même temps tænifuge et purgatif. Mais le kousso s'altère avec le temps, car son principe actif n'est pas un alcaloïde, mais un glycoside qui peut se transformer très facilement.

La séance est levée à 5 heures.

Ern. Gaucher.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI° ARRONDISSEMENT

Séance du 30 octobre 1882. — Présidence de M. Machelard.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

Le *Dr E. Depasse* présente une malade qu'il soigne depuis quatre ans ponr une affection de la peau présentant un caractère anormal. Il s'agit en effet, fort probablement, d'ulcérations scrofuleuses s'attaquant au cou et au bras gauche. Ces ulcérations éclatent brusquement; en quelques heures une plaque de peau de dimensions variables devient très rouge, chaude, douloureuse ; puis il se fait une anesthésie complète de la région, suivie d'ulcération.

La malade a été vue par la plupart des médecins de Saint-Louis et par plusieurs professeurs de la faculté. Les diagnostics ont été divers; les traitements, très variés, n'ont rien donné comme amélioration. Le père a mis un vésicatoire au bras de sa fille, de son propre chef; depuis ce temps il n'y a plus de nouvelles plaies.

M. Bonnefin qui a vu des lépreux en grand nombre à l'île Maurice ne reconnaît pas les caractères de la lèpre chez cette jeune fille.

M. Machelard croit à l'existence de gommes scrofuleuses à marche spéciale : il prie M. Depasse de tenir la société au courant de l'histoire de la malade.

Le *secrétaire-général* fait le dépouillement de la correspondance qui comprend plusieurs numéros du *Pèlerin*, une lettre du Dr Guillier posant sa candidature et offrant à la société un exemplaire d'une brochure sur l'*histoire de la Pitié* ; une lettre du Dr Mondier, et une lettre du Dr Bordet demandant également à faire partie de la société. Le Dr Bordet envoie sa thèse (Étude sur les alcaloïdes physiologiques de l'opium) et une brochure sur l'exposition d'électricité à l'appui de sa candidature.

M. Dromain est nommé rapporteur des candidatures de MM. Guillier et Monnier, et M. Foucart de celle de M. Bordet.

M. Foucart fait ensuite un rapport sur la candidature de M. Valienne qui avait envoyé sa thèse, ayant pour sujet «Des transpositions viscérales». Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées à l'unanimité.

Le *Dr Depasse* lit ensuite une relation d'une petite épidémie de scarlatine qui a éclaté dans une école d'enfants de la rue du Bac, tout à fait défectueuse au point de vue de l'hygiène. On a dû la démolir. Cette épidémie s'est fait remarquer par une quantité insolite d'épistaxis, quelquefois inquiétantes. Sur 21 malades, 8 ont eu des épistaxis. Le Dr Depasse fait remarquer que les épistaxis ne semblent pas avoir d'ordinaire autant de fréquence et de gravié, puisque M. Bouchut n'en parle pas dans son traité, et que Ch. West ne les

mentionne pas d'avantage. D'Espine et Picot sont les premiers qui signalent ces épistaxis et leur attribuent de la gravité. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas de scarlatine hémorrhagique.

En terminant, le Dr Depasse appelle l'attention sur la bonne habitude qu'ont les médecins anglais et américains d'oindre d'une subtance grasse le corps des scarlatineux afin d'éviter autant que faire se peut les refroidissements.

Après quelques observations échangées sur l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde qui a présenté dans le VIe arrondissement un caractère bénin, la séance est levée à 10 heures.

Le Secrétaire général,
Dr Reuss.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons d'hygiène infantile, par le professeur *J.-B. Fonssagrives*, de Montpellier, un vol. in-8°, 619 pages. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

Ancien professeur d'hygiène et de clinique infantile à la Faculté de médecine de Montpellier, M. Fonssagrives, cédant aux instances de ses élèves, publie les leçons qu'il a faites sur l'hygiène des enfants.

L'auteur passe d'abord en revue les conditions pathologiques propres à l'enfance et dont la notion est indispensable à l'étude de l'hygiène et de la pathologie infantiles, puis il s'occupe de la spécialisation sexuelle de l'enfance, c'est-à-dire des caractères physiologiques et morbides qui distinguent les deux sexes avant l'époque de la puberté. Les différences sexuelles apparaissent dès l'enfance, le féminisme et le masculisme s'accentuent dès les premières années de la vie. Le poids, la force musculaire, la mortalité diffèrent et certaines maladies, comme la chorée, le rachitisme, l'hydrocéphalie, la scrofule, la coqueluche, le croup, les convulsions, ont une fréquence variable dans l'un et l'autre sexe. La scrofule, par exemple, serait plus commune chez les filles; chez ces dernières, d'après Lebert, les muqueuses, le cuir chevelu, le nez, les yeux reçoivent plus habituellement l'empreinte de la scrofule; au contraire, chez les garçons, on trouverait plus facilement des arthrites scrofuleuses, des abcès et des ulcères strumeux.

Dans un chapitre intitulé : *le Budget de la vie infantile*, M. Fonssagrives indique la proportion des enfants dans les diverses populations de l'Europe, le mouvement de la natalité et la proportion des sexes dans la naissance, la répartition de la population infantile dans le milieu rural et dans le milieu urbain et dans les diverses ca-

tégories sociales, puis l'excessif tribut payé à la mort par l'enfance dans ses différents âges.

L'extrême fragilité du nouveau-né trouve ses causes dans son passage brusque de la vie fœtale à la vie indépendante et dans son impressionnabilité au froid avec les conséquences qui découlent de cet agent. Le froid, en effet, produit chez eux des bronchites, le sclérème, le trismus des nouveau-nés, qui se montre du cinquième au douzième jour après la naissance. L'ictère des nouveau-nés offre des causes complexes, mais le froid rentre certainement dans son étiologie. La mortalité infantile trouve de nouvelles causes dans l'inanition, les maladies du cordon ombilical et surtout absentéisme maternel qui, dans les centres industriels, est l'un des principaux fléaux de l'hygiène du nouveau-né.

L'une des plus graves questions qui puissent occuper les médecins et les économistes est celle du nombre toujours croissant des naissances illégitimes. L'illégitimité imprime à la vie des conditions d'une fragilité primordiale qui se traduit par plus d'avortements et une mortalité plus grande des nouveau-nés. Pour obvier à ses progrès, M. Fonssagrives demande, avec M. Dewinck, que l'on inscrive dans nos codes la recherche de la paternité, « non pas avec une forme répressive, ce qui répugnerait à nos mœurs, mais avec une forme réparatrice, ce qui est le minimum de la justice ». On a cherché dans le rétablissement des tours un remède à l'excessive mortalité des enfants nouveau-nés ; mais M. Fonssagrives rappelle les conditions misérables de l'allaitement dans les crèches des hospices, les sévices de l'industrie nourricière et l'insuffisance de la protection accordée aujourd'hui aux nouveau-nés. Un remède à ce déplorable état de choses consisterait dans une organisation sérieuse de l'inspection des enfants assistés. Nous ne sa vonsquels sont aujourd'hui le chiffres, mais en 1871, sur les 87 inspecteurs des enfants assistés, il n'y avait que 19 docteurs en médecine, c'est-à-dire que 19 hommes seulement pouvaient pratiquer d'une façon sérieuse l'inspection des 150,000 enfants assistés répartis sur tout le territoire français.

On discutera longtemps sur le meilleur moyen de nourrir les enfants privés du sein de la mère, mais il est une question hors de toute contestation, c'est la supériorité de l'allaitement maternel et la nécessité de le favoriser dans tous les cas où il est praticable. M. Fonssagrives classe ainsi les divers modes de nourriture des enfants : 1° l'allaitement maternel ; 2° l'allaitement par une nourrice au domicile maternel ; 3° le biberon conduit par une femme expérimentée ; 4° la nourrice en ville ; 5° la nourrice à la campagne, loin de la famille. Il existe d'autres types d'allaitement qui sont alors des allaitements mixtes : 1° l'allaitement mixte féminin dans lequel une nourrice vient en aide à une mère qui n'a ni assez de lait ni assez de force

pour pouvoir nourrir seule ; 2° l'allaitement mixte animal, qui invoque l'aide d'un lait fourni par une femelle laitière ; 3° l'allaitement mixte artificiel, dans lequel l'enfant est nourri moitié au sein, moitié au biberon.

La leçon consacrée par M. Fonssagrives à la technique de l'allaitement est des plus pratiques ; l'auteur ne craint pas d'entrer dans les détails les plus minutieux ; ces détails ne paraîtront jamais trop complets, dans une question où les plus petits points ont une très grande importance.

Il est d'ailleurs peu de points qui n'aient été abordés dans l'excellent ouvrage de M. Fonssagrives ; citons l'influence du tempérament de la nourrice sur celui de son nourrisson et la transmission des maladies par ce moyen, les maladies de l'allaitement et l'athrepsie, le sevrage et l'alimentation de la seconde enfance, la croissance et ses déviations, la dentition et l'odontaxie, le sommeil et l'insomnie dans l'enfance, l'hygiène de la vue chez les enfants, l'orthomorphose et la beauté, le maintien incorrect et les attitudes vicieuses, les vices de la voix et l'orthophonie, l'onanisme, les accidents.

Une partie importante de ce livre est consacrée à l'éducation des enfants, à la gymnastique, aux exercices et aux divers jeux. Puis vient l'hygiène prophylactique de l'enfance, l'éradication des germes d'hérédité morbide et la prophylaxie des maladies contagieuses, rougeole, scarlatine, diphthérie, variole et syphilis.

Le livre de M. Fonssagrives est très complet et très pratique ; il renferme non seulement toute l'hygiène, mais aussi toute la pathologie de l'enfance ; il traite avec beaucoup d'autorité un grand nombre de questions capitales et il exercera la meilleure influence sur tous ceux qui, à un titre quelconque, ont souci de l'élevage et de l'éducation des enfants. A. Ch.

NÉCROLOGIE

LAMBRON (Philippe-Ernest), né à Levroux (Indre) en 1815, ancien interne des hôpitaux de Paris (1839), docteur en médecine (19 août 1842), médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, vient de mourir subitement, à Nice, d'une hémorrhagie cérébrale.

Il a publié en 1860 *Les Pyrénées et les eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon*, 2 vol. in-12, et en 1865 *Études expérimentales sur le dégagement d'électricité dans les eaux sufureuses de Bagnères-de-Luchon*, in-8°.

Il était officier de la Légion d'honneur. A. C.

— On annonce la mort de M. le Dr MASUREL, chirurgien honoraire des hospices de Lille.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — La première épreuve des concours pour les prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris est terminée.

Ont seuls été admis à subir la seconde épreuve (épreuve orale):

Première division (élèves de troisième et de quatrième année): MM. Netter, Barette, Duplaix, Guiard, Siredey, Delpeuch, Mathieu, Brocq, Capitan, Marie, Petit et Suchard.

Deuxième division (élèves de première et de deuxième années): MM. Gallois, Lebreton, Ricard, Richardière, Charrin, Darier, Hamonic, Frémont, Gendron, Leprévost, Boulland, Lecoq, Oettinger.

Le sujet de la question écrite était, pour la première division: uretère, sécrétion urinaire, phlegmon périnéphrétique; pour la seconde division: muqueuse de l'estomac (anatomie et physiologie), ulcère simple de l'estomac.

Concours de l'internat. — Les questions données jusqu'à ce jour pour l'épreuve orale du concours de l'internat des hôpitaux sont: 1° structure de l'iris, iritis syphilitique; 2° nerf lingual, stomatite ulcéro-membraneuse; 3° artère mammaire interne, signes et diagnostic de la pleurésie purulente; 4° cordon spermatique, hydrocèle de la tunique vaginale: 5° mésentère, complications de la fièvre typhoïde.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 5 décembre, M. Mussat (Albert-Etienne-François), médecin-major de 2e classe, est nommé chevalier de la Légion d'honneur; 16 ans de services, 6 campagnes. Services exceptionnels à l'ambulance de Gafsa, en Tunisie.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté en date du 27 novembre 1882, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours sera ouvert le 1er juin 1883, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Par arrêté en date du 7 décembre 1882, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert, le 20 juin 1883, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 7 décembre 1882, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, a été promu dans le corps de santé de la marine, après concours:

Au grade de médecin professeur: M. Treille (Georges-Félix), médecin de 1re classe.

ASILE SAINTE-ANNE. — Par arrêté du ministre de l'Intérieur du 21 novembre 1882, le Dr Vallon (Charles-Antoine), chef de la clinique de pa-

thologie mentale, nommé médecin-adjoint à l'Asile Sainte-Anne, en remplacement du Dr Régis, est compris dans la 2e classe du cadre.

Conformément aux dispositions de l'art. 5 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879, le Dr Vallon remplira, sous sa responsabilité, dans la section de l'Asile Sainte-Anne affectée à la clinique, toutes les obligations imposées aux médecins en chef des asiles publics par la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839.

CRÉMATION. — M. Casimir Périer, en son nom et au nom de plusieurs de ses collègues, vient de déposer à la Chambre des députés la proposition de loi suivante :

Art. 1er. — Tout citoyen pourra, par acte de dernière volonté, décider que son corps sera soumis à la crémation, au lieu d'être inhumé dans les conditions usitées jusqu'à ce jour. A défaut de l'expression de la volonté personnelle, toute famille ou toute personne qualifiée à cet effet aura le droit de faire procéder à la crémation du corps de la personne décédée.

Art. 2. — En cas d'opposition fondée sur quelque motif que ce soit, il sera statué dans les vingt-quatre heures par le juge de paix du domicile, lequel pourra, soit ordonner qu'il sera sursis, soit ordonner l'inhumation provisoire, jusqu'à décision définitive.

Art. 3. — En cas de dénonciation de crime ou d'action directe exercée par le ministère public, il devra être procédé à l'autopsie, aux frais de qui de droit, préalablement à la crémation et, sur le refus des intéressés, en l'absence d'une décision judiciaire, l'inhumation aurait lieu.

Art. 4. — Un règlement d'administraiion publique déterminera toutes les conditions de constatation préalable, d'ordre et de police auxquelles devra être subordonné l'exercice du droit accordé par la présente loi.

LES AUMÔNIERS DES HÔPITAUX. — On lit dans le *National* :

« Il se confirme que les aumôniers des hôpitaux de Paris seront tous supprimés à partir du 1er janvier prochain.

« Le directeur de l'Assistance publique est absolument d'accord sur ce point avec le préfet de la Seine et le ministre de l'intérieur. »

LES LOGEMENTS INSALUBRES EN ANGLETERRE. — Il n'y a guère plus d'une quinzaine d'années que la législation anglaise se préoccupe de la question si grave, au point de vue de l'hygiène et même de la moralité, des logements insalubres. Les *acts* de 1868 et de 1875, qui avaient pour objet de remédier à un état de choses vraiment intolérable (ceux qui ont parcouru les *lanes* de Londres ou d'autres villes manufacturières peuvent seuls en juger), ont conféré aux autorités locales des pouvoirs étendus. Ils leur imposent d'améliorer, au besoin de détruire les habitations insalubres et de les remplacer, dussent-elles exproprier les maisons et contracter un emprunt pour les reconstruire. Ces lois, dont on espérait beaucoup, sont restées à peu près lettre morte, notamment à Londres. Quelle est la cause de cet insuccès? C'est ce qu'a été chargée de rechercher une commission spéciale (*Select commitee on artisan's and labourer's dwellings* dont le rapport vient d'être publié.

Le grand obstacle à l'assainissement de Londres est l'obligation imposée à l'administration de pourvoir, lorsqu'elle fait procéder à la démolition d'habitations insalubres, à la reconstruction de logements d'ouvriers

en nombre au moins équivalent à celui des logements supprimés. Cette reconstruction doit être faite à peu près sur le même emplacement. Les petits logements étant à Londres d'un mauvais rapport, il en résulte que l'assainissement est une opération onéreuse devant laquelle recule l'autorité locale. Quelques chiffres permettront mieux d'apprécier. Le bureau métropolitain des travaux a supprimé, par application des *acts*, 14 groupes d'habitations insalubres, d'une superficie totale de 42 acres, habitées par 20,335 personnes. Le prix d'acquisition s'est élevé à 1,581,336 liv. Deux ou trois acres seulement ont pu être distraits pour le commerce et ont produit une somme de 109,000 liv. Tout le reste a dû, suivant les prescriptions de la loi, être vendu sous la condition qu'on y élèverait des maisons destinées à loger des ouvriers. On n'a pu en retirer que 370,000 liv. L'opération présente donc pour les contribuables un déficit de 1,102,336 liv., soit 70 p. 100 de la somme dépensée.

La commission fait observer que la même difficulté se rencontre lorsqu'il s'agit d'ouvrir une rue. D'après les lois de 1872 et de 1877, lorsque le percement d'une voie publique a pour conséquence de supprimer des logements d'ouvriers, le bureau métropolitain des travaux doit acheter des terrains voisins et y faire construire d'autres logements pouvant recevoir la population pauvre privée de son domicile. C'est une disposition très philanthropique, inspirée par cette considération que l'on doit assurer à l'ouvrier un nouveau logement, situé à proximité du centre de ses occupations. Mais l'application en est ruineuse toutes les fois que la rue à ouvrir traverse les îlots peuplés de nécessiteux et situés dans un quartier généralement riche ou seulement commerçant. Souvent même, dans ce cas, l'autorité locale se heurte à une impossibilité et les améliorations de voirie les plus vivement réclamées, les plus utiles, au point de vue de l'hygiène et de la circulation, sont rendues impraticables.

La commission conclut en demandant que la législation soit amendée sur ces deux points.

(*Revue générale dadministration.* — Ministère de l'intérieur).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 1er *au* 7 novembre 1882. — Fièvre typhoïde 62. — Variole, 9. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 34. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 75.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 57.

Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 85. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 26; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 118; l'appareil circulatoire, 86; l'appareil respiratoire, 79; l'appareil digestif, 48; l'appareil génito-urinaire, 30; la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 11. — Nombres absolus de la semaine, 1135. semaine précédente : 1064.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 69 JEUDI 14 DÉCEMBRE 1882

LA
FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 69 Jeudi 14 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 13 novembre 1882.

M. Pasteur continue la série de ses recherches sur les maladies virulentes. Il présentait à l'Académie des sciences, il y a huit jours, une note sur le rouget ou mal rouge des porcs qui fait subir aux éleveurs, dans certains départements comme Vaucluse, des pertes considérables; lundi dernier il est revenu sur la rage, et le vulgarisateur enthousiaste de ses idées, M. Bouley, a transmis hier à l'Académie de médecine la note qu'il avait communiquée la veille à l'Institut.

Les premières recherches de M. Pasteur sur la rage n'avaient pas été heureuses; cette fois il signale quelques résultats dont l'avenir nous montrera la valeur. Il possède quatre chiens qui ont pu résister à l'inoculation du virus rabique atténué, et qui ont été inoculés de nouveau quelque temps après sans contracter la maladie. Il ne s'ensuit pas forcément que l'inoculation antérieure soit la cause de cette immunité. Il faut d'ailleurs attendre la continuation de ces expériences qui jusqu'ici ne sont qu'à l'état d'ébauche.

Deux médecins de province sont venus lire d'intéressantes communications à l'appui de leur candidature au titre de membre correspondant. M. Bitot (de Bordeaux) a fait connaître ses études sur le siège des irradiations capsulaires destinées à transmettre la parole, et M. Mascarel, de Châtellerault et du Mont-Dore, a rapporté les résultats obtenus par l'allaitement artificiel dans le Poitou. La communication de notre confrère de Châtellerault a malheureusement été très écourtée, l'Académie ayant hâte de se constituer en comité secret pour préparer l'élection dans la section de pathologie médicale, qui doit avoir lieu mardi prochain.

M. Tillaux a présenté un jeune homme auquel il a fait, avec un très rapide succès, l'extirpation du corps thyroïde pour une énorme tumeur kystique qui unissait les bords antérieurs des deux muscles sterno-cléido-mastoidiens.

L'Académie a élu membre titulaire, à une grande majorité, dans la section de physique et chimie médicales, M. Bouchardat fils, professeur agrégé à la faculté de médecine et professeur à l'Ecole de pharmacie.

— L'école de plein exercice de Nantes tient chaque année une séance publique de rentrée dans laquelle un discours est fait par un professeur de l'école; M. Jousset de Bellesme, professeur de physiologie, désigné cette année pour prendre la parole, avait choisi pour sujet une étude sur son ancien maître, Claude Bernard. L'honorable professeur, dont les tendances philosophiques diffèrent notoirement de cel-

les de la majorité de ses collègues, a consenti à apporter diverses modifications à son discours sur la demande du directeur de l'école, M. Laënnec; mais ces modifications ayant paru insuffisantes et au directeur et au ministre de l'instruction publique, le discours n'a pas été prononcé. Nous publions plus loin les pièces relatives à ce curieux différend.

A. Ch.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite (1). (*Suite.*)

Par M. L. Martineau,
Médecin de l'hôpital de Lourcine.
Recueillies par M. Hamonic,
Interne du service.

La *métrite herpétique* nécessite l'usage des médicaments considérés comme spécifiques de la dartre. Il n'y a pas, à vrai dire, de spécifiques de la dartre. Du reste, vous le savez, la plupart des médecins de Saint-Louis rejettent la diathèse herpétique. Pour Pidoux, je vous l'ai déjà dit, elle ne serait qu'un dérivé de l'arthritis et de la scrofule.

L'*arséniate de soude* a été considéré par Bazin comme un véritable spécifique de la diathèse dartreuse. Vous savez déjà comment on le donne. On peut l'employer aussi sous forme de teinture de Fowler. Je formule ainsi :

Teinture de Fowler......... } āā 5 grammes.
Teinture de jusquiame...... }

2 ou 3 gouttes pendant le repas. On augmente jusqu'à 8 ou 10 gouttes à chaque repas, suivant que la tolérance est plus ou moins grande. La teinture de jusquiame a ici pour but de diminuer l'irritation gastrique produite par l'arsenic. Je prescris en même temps les bains arsenicaux ainsi préparés. Dans un bain ordinaire ou gélatineux, je fais jeter le mélange suivant :

Arséniate de soude............. 5 grammes.
Chlorure de sodium............ 500 —

Afin que le bain agisse mieux sur l'utérus, je recommande aux malades l'usage de ma canule vaginale.

Les bains sulfureux agissent très bien. Je les compose avec

Sulfure de sodium............... 30 grammes.

J'ai soin d'ajouter de la gélatine à l'eau, afin de me rapprocher de

(1) V. *France médicale*, nos 53, 54, 57, 64, 65 et 66.

plus possible des bains sulfureux naturels qui contiennent de la barégine. Ce principe a, comme la gélatine, pour action de protéger la peau contre l'action irritante du soufre.

Je dois vous avertir que, de toutes les métrites constitutionnelles, la métrite herpétique est la plus difficile à guérir. Elle récidive très facilement. Malgré l'opinion de quelques médecins, je constate souvent sur le col une éruption herpétique. Elle explique la fréquence des récidives. Aussi faut-il lutter énergiquement contre cette variété de métrite, et ne pas désespérer si on éprouve des insuccès.

Les eaux minérales ont, dans cette variété de métrite, une importance très considérable. C'est à elles surtout qu'il faut demander la guérison de cette inflammation. Parmi les eaux minérales qui conviennent, ce sont en première ligne les eaux arsenicales, puis les sulfureuses sodiques, les sulfureuses arsenicales, les sulfatées calciques, les sulfatées chlorurées ou salines sulfurées et quelquefois les amétalliques.

Comme pour les précédentes métrites constitutionnelles, chaque variété d'eau minérale correspond à chaque modalité clinique de la métrite herpétique. Ainsi la Bourboule convient aux malades dont le volume de l'utérus est énorme, la leucorrhée abondante, la réaction locale peu intense, la métrite torpide, l'ulcération blafarde, sans tendance à la cicatrisation, l'adéno-lymphite peu douloureuse et surtout sans périadénite et sans pelvipéritonite. En effet, l'eau de la Bourboule est puissante et détermine une excitation telle sur l'organisme, qu'elle produit une inflammation aiguë chez une malade qui offre des symptômes différents de ceux que je viens de signaler. Cette eau convient surtout aux malades affaiblies, débilitées et présentant une éruption herpétique sur la vulve, le vagin, le col utérin et sur la peau.

Si, en même temps que les précédents caractères, vous observez des douleurs, de la congestion utérine, de l'adéno-lymphite ayant tendance à se compliquer de périadénite ou de pelvi-péritonite, si, en un mot, la métrite est *irritable* avec névralgies, dyspepsie acescente, prescrivez les eaux du Mont-Dore dont l'action est plus faible.

Vous ordonnerez Vals (sources Saint-Louis ou la Dominique), Bussang, Vichy (source Lardy), si, à la modalité clinique précédente, s'ajoute une anémie prononcée. En effet, ces sources sont en même temps arsenicales et ferrugineuses.

Saint-Gervais convient aux métrites irritables, dont la leucorrhée est abondante, mais pauvre en globules de pus. On peut conseiller aussi cette source quand il y a des ménorrhagies à chaque époque menstruelle, quand le col offre une érosion superficielle ou une poussée d'herpès, quand l'adéno-lymphite est douloureuse et compliquée, quand la malade offre sur la peau et les muqueuses des érup-

tions herpétiformes, quand enfin il y a pléthore abdominale, paresse intestinale, constipation. En effet, l'eau de Saint-Gervais est légèrement purgative. Elle est en outre très sédative. Aussi convient-elle aux personnes nerveuses, irritables.

Vous préférerez les eaux sulfureuses sodiques de Saint-Sauveur Cauterets, Eaux-Chaudes, si l'adéno-lymphite est torpide, non douloureuse, compliquée ou non; si la leucorrhée est abondante, séro-purulente; s'il y a de la ménorrhagie, de la congestion pelvienne, des névralgies intenses, utérines, lombaires, crurales; s'il existe des troubles nerveux, hystéricisme et même hystérie; si la dyspepsie est opiniâtre.

Vous emploierez de préférence les eaux d'Uriage, s'il existe de l'eczéma humide. Il est digne de remarque, en effet, que l'eczéma arthritique humide se guérit plus facilement par les eaux sulfureuses que par les eaux bicarbonatées sodiques qui, parfois même, l'exaspèrent au plus haut point.

Vous aurez recours aux eaux de Bagnères-de-Bigorre, d'Aulus, de Capvern, s'il existe en même temps que la métrite une dyspepsie acide et surtout une lithiase rénale ou hépatique.

Enfin, les eaux de Plombières, Néris, Ussat, Luxeuil, Bains, conviendront à la métrite superficielle avec leucorrhée peu abondante, sans lésions prononcées du parenchyme, sans ulcérations, ou bien avec ulcérations superficielles, accompagnée d'une adéno-lymphite douloureuse, de constipation et de troubles nerveux extrêmes: névralgies pelviennes, tenaces, rebelles, gastralgie et entéralgie.

La chlorose, ai-je dit, joue un rôle important dans la pathogénie de la métrite. Elle seule donne lieu le plus ordinairement au développement de la métrite chez les jeunes filles. Pour moi, dans ce cas, la métrite est la conséquence de la chlorose et non la chlorose la conséquence de la métrite, ainsi que le disent mes honorables contradicteurs, qui confondent la chlorose et l'anémie, accident fréquent de l'inflammation utérine. Je n'insiste pas sur cette distinction, discutée dans mon traité clinique.

La métrite chlorotique doit être traitée par le fer, l'arsenic, les toniques. Je vous ai indiqué déjà le mode d'emploi du fer et de l'arsenic. Je vous renvoie à ce que j'en ai dit plus haut.

Parmi les toniques, je citerai le quinquina. Je vous conseille surtout pour les jeunes filles le vin de quinquina au vin de Lunel, au brou de noix, le vin de quinquina au phosphate de chaux et au jus de viande. Vous associerez aussi le tannin au fer réduit par l'hydrogène sous forme de pilules à la dose de 10 centigrammes chaque, 2 à 4 pilules par jour... Vous prescrirez les vins de Malaga, de Banyuls, de Saint-Raphaël, à la fois toniques et tanniques. Ici encore se place le café nègre dont je vous ai déjà indiqué l'emploi, la coca.

préparation tonique et digestive, sous forme de vin à la coca. Dans ces derniers temps, j'ai employé l'hématosine en pilules (de 4 à 10 et 20 par jour), en augmentant progressivement les doses, et j'en ai obtenu de très bons résultats. Vous pouvez prescrire les amers :

Quassia amara..................	10 grammes.
Eau..........................	1 litre.

F. S. A. une macération. Une tasse matin et soir, ou donner la quassine en pilules à dose de 0,05 centigrammes, la gentiane en tisanes, le colombo, 1 à 2 grammes de teinture par jour, ou bien de 10 à 50 grammes de vin de colombo, ou enfin un verre de macération préparée comme celle de quassia.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Des gargarismes usuels et de leur insuffisance.

Le gargarisme tel qu'on le pratique journellement est bien insuffisant, dans la plupart des cas. En effet, le liquide que l'on fait introduire dans la bouche du malade ne baigne que certaines parties de cet organe sans jamais atteindre les parties profondes telles que celles situées en arrière du détroit pharygien, et encore pendant combien de temps les muqueuses de la bouche sont-elles baignées par le gargarisme liquide? Trente secondes, une minute, deux minutes au plus.

Si donc l'on a affaire à une inflammation quelconque de la muqueuse buccale, un émollient qui reste une minute en contact avec cette partie irritée est-il bien capable de produire la sédation nécessaire? Nous ne le pensons pas.

Mais si l'on a affaire à une affection des piliers postérieurs du palais ou de la partie rétro-pharyngienne, de quelle utilité peut bien être le gargarisme liquide? Nous répondrons : d'aucune.

Dans ce cas, me dira-t-on, on a recours au collutoire que l'on porte sur les parties malades à l'aide d'un pinceau; mais, s'il s'agit d'une inflammation de ces parties, on augmente encore l'inflammation par le frottement du pinceau et, comme dans le gargarisme liquide, le contact du topique a lieu pendant une seconde, dix secondes, une minute au plus. De quel secours peut être un moyen thérapeutique aussi éphémère? Nous répondrons encore : d'aucun.

Il reste encore comme gargarisme les antiques pastilles de chlorate de potasse; outre que le chlorate de potasse ne convient pas dans toutes les affections des muqueuses buccales on a constaté dans ces derniers temps des empoisonnements par le chlorate de potasse et les pastilles de chlorate de potasse.

La thérapeutique était donc bien dépourvue d'un médicament pouvant agir efficacement dans toutes les affections de la bouche et de la gorge, quand, il y a quelques années, un médecin américain, le Dr Williams, engagea la Pharmacie Normale à créer un bonbon devant remplacer les gargarismes liquides et contenant les substances médicamenteuses que l'on fait entrer d'ordinaire dans ces sortes de préparations.

Le but, à notre avis, a été parfaitement atteint, car le petit bonbon dont nous voulons parler renferme les principes acidulés et astringents de la rose rouge et de la mûre et est rendu antiseptique par l'addition d'une petite quantité de borate de soude.

En outre, ce bonbon, qui est très dur, se dissout lentement dans la bouche au contact de la salive qui devient ainsi le véhicule du gargarisme, au lieu d'être un obstacle au médicament, comme dans le gargarisme liquide.

Nous résumons donc ainsi les avantages que nous a paru présenter cette pastille-gargarisme : 1° action topique prolongée par suite de dissolution lente ; 2° action s'exerçant même sur les parties les plus profondes de la gorge, puisque l'on avale, et cela sans danger aucun, la dissolution de la pastille ; 3° facilité, pour le malade, d'avoir toujours son gargarisme dans sa poche et de pouvoir s'en servir a tout moment.

A nos confrères qui croiront devoir recommander le gargarisme sec de la Pharmacie Normale, nous dirons que nous avons employé ce médicament, depuis cinq ans, d'une façon constante, et que nous en avons toujours obtenu les meilleurs résultats.

Dr LABILE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 *décembre* 1882. — *Présidence de M.* GAVARRET.

M. Guéniot présente à l'Académie, de la part d'un médecin, une note manuscrite sur un cas de dystocie.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de physique et de chimie médicales.

La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, *ex æquo*, MM. Bouchardat et Javal ; en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Hardy et Henninger ; en troisième ligne, M. Onimus.

Sur 83 votants, majorité 42, M. G. Bouchardat est élu au premier tour de scrutin par 59 voix contre 14 données à M. Javal, 6 à M. Onimus et 4 à M. Hardy.

LA RAGE. — *M. Bouley.* M. Pasteur a communiqué à l'Académie

des sciences une découverte remarquable analogue à la découverte de la bactérie du charbon. Les recherches de M. Pasteur avaient trait au mal rouge des porcs produit par un microbe spécial, facilement cultivable en dehors du corps des animaux et qui dans divers pays comme le Vaucluse entraîne la mort d'un grand nombre de porcs et fait ainsi subir à l'agriculture des pertes considérables.

M. Pasteur a communiqué hier à l'Académie des sciences, en son nom et au nom de ses collaborateurs MM. Roux, Chamberland et Thuillier, une autre note dont M. Bouley donne lecture.

La difficulté de l'étude clinique de la rage a forcé souvent de recourir à l'étude expérimentale ; mais celle-ci n'est pas exempte non plus d'obstacles : la salive du chien enragé, inoculée dans le tissu cellulaire d'un animal sain, ne communique pas toujours la maladie ; et quand elle la communique, c'est après une longue incubation, dont la durée n'a pu être déterminée précisément. Il arrive ainsi que l'expérimentateur ignore la plupart du temps s'il a prolongé suffisamment l'observation, s'il est en face d'une expérience avortée. M. Pasteur estime qu'il a supprimé, en partie du moins, ces inconvéments en montrant (communication du 30 mars 1881) à inoculer la matière virulente prise dans les centres nerveux (cerveau, cervelet, moelle), ou le cerveau lui-même après trépanation. Il y a, dit-il, une autre méthode d'inoculation plus facile encore ; elle consiste dans l'injection intra-veineuse de la matière virulente.

Les recherches, au point où elles sont arrivées, laissent encore à désirer ; elles ont déjà donné des résultats qu'il peut être bon de signaler et qui sont exprimées dans les onze propositions suivantes :

1° La rage mue et la rage furieuse procèdent du même virus ; l'expérimentation permet de passer de la première à la seconde et inversement ;

2° Les caractères des symptômes de la rage présentent une grande variété qui paraît dépendre de la région du système nerveux où la lésion s'est prineipalement établie ;

3° Dans la salive des animaux rabiques, l'élément de la virulence se trouve juxtaposé avec divers microbes susceptibles de produire par eux-mêmes des effets meurtriers ; en sorte que, à la suite d'inoculations de salive d'animal rabique à un animal sain, la mort, chez ce dernier, peut être due soit aux microbes, soit au développement du pus, soit à la virulence rabique ;

4° Dans un animal qui a succombé à la rage, le tissu du bulbe rachidien est toujours virulent ;

5° Le virus existe aussi dans le tissu de l'encéphale, dans la moelle et dans ses différentes parties jusqu'au chevelu, la virulence persiste tant que la putréfaction des tissus n'est pas établie ;

6° Pour développer expérimentalement et d'une manière rapide la

rage, on trépane les os du crâne d'un animal sain et on insère entre le cerveau et ses enveloppes de la matière prise sur le bulbe rachidien d'un animal rabique; la rage se déclare dans l'intervalle de six, huit ou dix jours;

7° Les caractères de la rage provoquée par injection intra-veineuse sont différents de ceux qu'on observe dans la maladie provoquée par l'inoculation des centres nerveux; on est en présence d'une rage silencieuse, agissant surtout sur la moelle, produisant une paralysie prompte et des démangeaisons effroyables;

8° L'inoculation de la salive par injection intra-veineuse ne paraît pas préserver les animaux contre des inoculations ultérieures;

9° On a observé des cas de guérison spontanée de la rage après l'explosion des premiers symptômes; on n'en a point observé après la déclaration des symptômes aigus;

10° Dans une expérience, sur trois chiens inoculés, deux sont morts; le troisième a guéri après les premiers symptômes: il a été inoculé deux ans après sans contracter la rage;

11° Présentement, on possède quatre chiens, parmi lesquels celui dont il est question dans la proposition précédente; on ne saurait dire encore avec certitude si leur immunité est naturelle ou acquise par les inoculations subies.

L'homme ne contractant jamais la rage que par la morsure des chiens enragés, il suffirait d'empêcher la rage chez ces animaux pour débarrasser de ce fléau l'espèce humaine.

Sur le siège des irradiations capsulaires destinées a transmettre la parole. — *M. Bitot* (de Bordeaux), candidat au titre de membre correspondant, lit un travail dans lequel il rappelle la disposition anatomique de la substance blanche des hémisphères et des fibres de la couronne rayonnante de Reil, et il rapporte diverses applications cliniques de sa théorie (comm. MM. Vulpian et Duval).

De l'allaitement artificiel en Poitou. — *M. Mascarel.* L'allaitement artificiel est souvent nécessaire, lorsque l'allaitement maternel peut faire contracter à l'enfant une maladie constitutionnelle, comme la syphilis. La vache et la chèvre se trouvent partout dans le Poitou; M. Mascarel donne la préférence à la vache bretonne. La vache doit avoir mis bas depuis deux ou trois mois et n'être ni trop jeune ni trop vieille; on gradue le lait en mettant d'abord trois parties d'eau pour une partie de lait, puis trois parties d'eau pour deux parties de lait, puis, au bout de trois mois, on donne l'eau et le lait à parties égales. Il ne faut faire bouillir le lait que pendant l'été lorsqu'on peut craindre qu'il ne se conserve pas (comm.: MM. de Villiers et Guéniot).

Présentation de malade. — *M. Tillaux* présente un malade

chez lequel il a enlevé une énorme tumeur kystique du corps thyroïde, allant d'un muscle sterno-mastoïdien à l'autre.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats à la place de membre titulaire dans la section de pathologie interne.

VARIÉTÉS

L'incident de l'École de médecine de Nantes.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les pièces relatives à un incident qui intéresse à la fois et le corps médical et le corps enseignant.

M. Jousset de Bellesme devait prononcer cette année le discours de rentrée de l'École de médecine de Nantes. Ancien élève de Claude Bernard, il ne crut pouvoir mieux faire que de parler de son maître, dans l'intimité duquel il avait vécu, dont il connaissait la vie et les pensées, et pour lequel il avait le respect le plus profond et l'affection la plus sincère. Il y traçait un superbe tableau des doctrines philosophiques de Claude Bernard comparées à celles de Descartes, mais il montrait aussi ses faiblesses, n'y touchant d'ailleurs que de la main discrète d'un ami de l'homme et d'un admirateur de son génie.

Le 15 octobre M. Laennec renvoyait à M. Jousset de Bellesme son manuscrit avec la lettre que voici :

15 octobre 1882.

Mon cher collègue,

Je regrette que vous n'ayez pas cru devoir me communiquer votre discours avant votre départ, car je suis persuadé que mes observations eussent été bien accueillies et que vous auriez facilement consenti à quelques élagations qui ne sont point de nature à changer le fond, mais qui, en modifiant la forme, sont susceptibles de faire accepter et admirer par tout le monde votre discours, que très aisément et à peu de frais vous pouvez rendre remarquable.

Avant de le soumettre à la haute approbation de M. le Recteur, je crois devoir vous retourner votre manuscrit, vous priant non pas comme directeur, mais comme ami, de vouloir bien y apporter quelques corrections, dont plusieurs sont simplement désirables, dont quelques-unes me paraissent nécessaires. Un discours comme celui que vous allez prononcer n'est pas absolument une œuvre personnelle : c'est l'œuvre d'un individu appartenant à une collectivité ; et quand cette collectivité entretient, aime à entretenir une intimité, des relations aussi amicales que celles que l'on admire dans notre École, il n'est pas sage, laissez-moi vous le dire, de venir froisser

les sentiments de la majorité de cette collectivité, quand surtout il ne peut en résulter aucun profit pour personne ni pour l'idée qu'on caresse.

Dans un discours qui doit être autant que possible académique, qui est prononcé en public, toutes les personnalités doivent disparaître, quand surtout il doit en résulter un dommage pour les personnes mises en cause; certains détails familliers qui sont très intéressants dans une article de revue, qui passent inaperçus dans le silence de la lecture, sont déplacés dans le débit oral et ne sont pas toujours acceptés du public. Vous verrez dans mes critiques franches et amicales surtout l'esprit qui les dicte, et vous pardonnerez, j'en suis convaincu, la forme un peu décousue que le temps ne me permet pas de rectifier.

1° Je trouve que vous rabaissez un peu trop la science contemporaine française, qui vaut mieux que le disent les Allemands; et, pour mon compte, j'estime qu'en dehors de Cl. Bernard il y a eu depuis le commencement du siècle et il y a encore de grands savants dans notre pays.

2° Admirable le parallèle que vous faites de Descartes et de Cl. Bernard; un peu risquée la pensée de matérialisme que vous lui prêtez. Cl. Bernard a toujours protesté contre le matérialisme, qui ne prouve rien et ne mène à rien en physiologie. En tout cas, cette exposition de principes, y tenez-vous beaucoup? et la croyez-vous très utile?

3° Vous avez raison de vous élever contre l'intolérance qui brûlait les hérétiques, mais pourquoi ne l'appelez-vous pas *de son temps*, au lieu de lui adjoindre l'épithète de *catholique*, qui ne dit pas grand chose de plus et qui va froisser nos amis? Calvin n'était guère catholique, et il faisait rôtir Michel Servet. Donc, je vous conseille de retirer de votre discours ce qui, n'y ajoutant ni élévation ni largeur d'idée, peut être mal interprété et est de nature à froisser les opinions de nos collègues, de beaucoup de parents d'élèves et même de plusieurs de vos élèves.

Vous attaquez, indirectement il est vrai, M. Pasteur au moment où il vient d'obtenir son beau succès de Genève et où ses opinions prennent une consistance de plus en plus grande : est-ce donc indispensable ?

4° Tenez-vous au P. Didon ? La forme que vous employez avec lui pourrait passer dans un article de journal, mais ne convient pas dans un discours de rentrée : supprimez le P. Didon, *de grâce !*

5° Il est absolument nécessaire que vous retranchiez tout ce qui se rapporte à Mme Bernard et à ses filles : leur conduite a été odieuse; mais le récit de leurs méfaits n'a point sa place dans une solennité de rentrée d'École.

Veuillez agréer, etc. LAENNEC.

M. Jousset de Bellesme fit quelques-unes des concessions demandées, il modifia quelques détails, mais refusa de toucher au fond de son discours.

La majorité de l'école de Nantes se prononça contre lui et eut la bonne fortune d'être appuyée par M. le ministre de l'instruction publique auquel le manuscrit avait été communiqué.

M. Duvaux prononça l'interdiction du discours de M. Jousset de Bellesme par la lettre suivante :

Paris, le 28 octobre 1882.

Monsieur le recteur, j'ai pris connaissance de l'incident survenu entre les professeurs de l'Ecole de Nantes et l'un de leurs collègues. Du moment que les professeurs demandent à l'unanimité à celui qui doit parler en leur nom à la séance de rentrée de modifier diverses parties de son discours, et que celui-ci n'y peut consentir, il est évident que le discours ne peut être prononcé. L'orateur, dans ces réunions, a un caractère officiel; il parle moins en son nom personnel qu'au nom de l'Ecole, et en général ces sortes de différends s'arrangent à l'amiable, après une discussion où l'esprit de bonne confraternité aide à résoudre les difficultés.

J'ajoute que, même dans le cas où le conseil des professeurs ne se serait pas prononcé avec cette unanimité, j'aurais décidé que le discours, tel qu'il m'a été soumis, ne serait pas prononcé. Un membre de l'Ecole de plein exercice peut publier à titre privé et sous sa responsabilité tout ce qu'il lui plaît d'imprimer. Délégué de l'Ecole, il a des devoirs particuliers envers la science française qu'il ne doit pas traiter avec dédain et envers les savants qui la représentent.

Les sentiments même de réserve calculée que l'auteur prête à Cl. Bernard, sacrifiant ses convictions à des intérêts d'ordre secondaire, et la manière dont il parle de M. Pasteur pourraient donner lieu à des appréciations sévères. Je suis d'avis que la séance de rentrée doit avoir lieu, et je vous prie de désigner un autre professeur pour porter la parole au nom de l'Ecole.

Le président de la réunion aurait ample matière s'il voulait parler des conditions excellentes que présente une ville comme Nantes pour le développement de l'enseignement supérieur et des progrès de l'École de médecine.

Recevez, monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée, Signé : DUVAUX.

Nous nous bornons à reproduire ces documents dont la discussion nous ferait sortir des habitudes de ce journal.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 27 novembre au 9 décembre 1882.

MM. GEHÉ. Des kystes de la langue. — VACHER. De la glycosurie dans les abcès du sein chez les nourrices. — LASSALE. Considération sur le traitement des fractures de jambe compliquées par l'attelle plâtrée immédiate. — DE LA CROIX. De la stéatose atrophique consécutive aux fractures de cuisses chez les vieillards. — PUJOS. Phlegmatia alba dolens. — BERNARD. Du catgut considéré au point de vue de la ligature des vaisseaux. — GUEULLIOT. Des vésicules séminales (anatomie et pathologie). — FORFER. Etude sur les déviations utérines, sur les troubles réflexes consécutifs à ces déviations et de leur traitement. — BROCQ. Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée, ou mieux, maladie d'Erasmus Wilson. — PUTNAM. Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif. — THÉBAULT. Etude clinique sur le tremblement sénile. — DÈCHE. Plaies par projectiles de petit calibre, dangers de leur extraction.

NOUVELLES

LA FAMILLE SÉGUIN. — Une affreuse nouvelle nous arrive d'Amérique. Le docteur Séguin, né en France, établi à New-York, mort récemment, avait laissé une femme et trois enfants, dont une fille très jeune encore. Mme Marguarett Séguin, sans motif connu, les a tués tous trois à coups de pistolet, et s'est tuée ensuite. Elle avait bandé les yeux de ses enfants et leur avait attaché les mains derrière le dos, sous prétexte de les faire jouer à *cache-cache*, et c'est dans cette situation qu'elle leur a donné la mort. (*Gaz. hebdom.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, *rue Hautefeuille.*

Nouveaux éléments de chimie médicale et de chimie biologique, avec les applications à l'hygiène, à la médecine légale et à la pharmacie par R. ENGEL, professeur à la Faculté de Montpellier. Un vol. in-18 jésus, avec 118 figures. 8 fr.

Aide-mémoire du pharmacien, vade mecum du pharmacien à l'officine et au laboratoire, par Eusèbe FERRAND. 3e édition, 1 vol. in-18 jésus, avec figures. 6 fr.

Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les **Maladies nerveuses**, professées à la Salpêtrière par le docteur Auguste VOISIN, médecin à la Salpêtrière. 1883. Grand in-8°, 766 pages avec photographies, planches lithographiées et figures intercalées dans le texte.

Précis d'histoire de la médecine, par le docteur J. BOUILLET, avec une introduction par A. LABOULBÈNE, professeur d'histoire de la Médecine à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8°, XVI, 366 pages. 6 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II N° 70 SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 70. Samedi 16 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Contribution à l'étude de l'évolution des maladies intercurrentes chez les épileptiques bromurés.

Par M. P. L. Le Gendre,
Interne des hôpitaux.

(Communication à la Société clinique.)

Louise Quign..., âgée de 22 ans, est épileptique depuis l'âge de 2 ans; jusqu'à 10 ans ses attaques, bien qu'assez intenses, n'étant pas très fréquentes, lui ont permis de mener une existence à peu près analogue à celle des autres enfants ; elle fréquentait régulièrement l'école et put apprendre à lire et à écrire. Mais à partir de ce moment et jusqu'à l'établissement de la menstruation qui se fit à 13 ans, les crises devinrent de plus en plus nombreuses, si bien qu'on fut obligé de la garder à la maison ; elle tombait jusqu'à huit fois par jour, et sa puissance intellectuelle ne tarda pas à décliner. Elle oublia progressivement ce qu'elle avait appris, au point de ne plus savoir écrire son nom, et ne conserva plus guère que quelques notions insignifiantes de numération. Ses parents la placèrent enfin à Sainte-Anne de peur qu'elle ne causât quelque accident chez eux. Elle passa à la Salpêtrière (section Esquirol) en 1877. Elle avait pris pendant quelque temps du bromure de potassium, mais probablement sans régularité, et n'avait retiré de cette médication qu'un amendement insignifiant.

C'était donc une grande épileptique, avec débilité intellectuelle extrême, lorsqu'elle fut soumise en 1879 au traitement bromurique d'une façon suivie, d'après les règles adoptées par M. Legrand du Saulle. Une amélioration notable dans son état se reproduisit au bout de quelque temps, surtout au point de vue des manifestations convulsives ; et, grâce à des doses de bromure de potassium oscillant entre 4 et 6 grammes, lorsque j'arrivai dans le service, elle travaillait régulièrement à l'atelier de couture et n'avait d'attaques qu'à des intervalles assez éloignés, particulièrement aux époques menstruelles. L'usage du bromure n'avait déterminé chez elle que quelques poussées acnéiques ou furonculeuses peu intenses et une certaine susceptibilité de l'appareil respiratoire, qui s'était affirmée par deux bronchites assez prolongées pendant les hivers de 1880 et 1881.

Le 25 avril 1882, je la trouvai couchée avec une fièvre ardente, 120 pulsations et une température axillaire de 40°. Elle était couverte de sueur, ses pommettes étaient rouges, les lèvres sèches, la langue saburrale.

Elle se plaignait uniquement de violentes douleurs abdominales,

avait un peu de diarrhée et de gargouillement dans les fosses ili-ques; une toux sèche assez fréquente, sans expectoration; je con-statai à la base du poumon gauche de la submatité et des râles sous-crépitants aux deux temps de la respiration.

Mais ce qui me frappa surtout, c'était la stupeur profonde de la malade ; bien que celle-ci ne fût pas d'ordinaire très animée, son hé-bétude et sa prostration actuelle, l'impossibilité d'obtenir une réponse intelligible me poussaient à croire au début d'une fièvre typh... L'administration d'un purgatif et la suppression du bromure furent les premières mesures thérapeutiques instituées. M. Legrand du Saulle me fit observer dès ce moment que l'emmagasinement bromi-que devait être pour une partie cause de la stupeur; il a plus d'une fois constaté en effet que des malades, qui supportaient sans en pa-raître incommodés des doses journalières assez élevées de brom... tant qu'ils étaient en bonne santé, tombaient très rapidement dans un état semi-comateux sous l'influence d'une affection fébrile intercur-rente ; celle-ci peut revêtir d'emblée un aspect pseudo-typhique, qui n'est qu'un masque d'emprunt et, pour qu'il soit possible de porter un diagnostic et un pronostic exacts, il est nécessaire d'attendre que le malade ait éliminé, par suite de la suspension de son traitement ha-bituel, l'excès de brome dont son organisme est imprégné.

L'événement ne tarda pas à démontrer la justesse de cette obser-vation clinique; la fièvre persistait *continue, mais non pas avec* oscillations typhiques. Le lendemain, en palpant le corps de la ma-lade, je constatai que l'articulation du genou gauche était très do-loureuse, les parties molles péri-articulaires tuméfiées et la peau érythémateuse. A ce niveau les battements du cœur étaient pro... tés et assourdis. Deux bruits de souffle existaient, l'un ayant son maximum à la pointe, l'autre à la base.

Bientôt les articulations métacarpo-phalangiennes de la main gau-che et celle du poignet étaient fluxionnées à leur tour, le diagnos-tic de rhumatisme articulaire aigu avec endo-péricardite n'était pas douteux. Une nouvelle complication survint par l'aggravation de la congestion pulmonaire constatée dès le début et la production d'un double épanchement pleural.

Cependant, grâce à l'usage du sulfate de quinine, de révulsifs sur la région précordiale et le thorax, de purgatifs légers, l'évolution se fit d'une manière plus favorable que nous n'osions l'espérer. Nous notions, au fur et à mesure de l'élimination du brome, que la ma-lade perdait l'aspect typhoïde du début; elle se plaignait franchement de ses douleurs articulaires et définissait clairement les palpitations et la dyspnée qu'elle éprouvait.

Le bromure de potassium ne s'élimina qu'avec lenteur; dix jours après la suppression totale de ce médicament, l'haleine de la ma-

conservait encore son odeur caractéristique, bien qu'atténuée ; et au quinzième jour l'urine en contient encore des traces.

Cependantl'attaque de rhumatisme prenait fin, et les complications étaient en bonne voie de résolution ; la température était normale, l'appétit revenu, les jointures libres ; il ne restait plus, vingt jours après le début des accidents, qu'un peu d'épanchement pleural et les lésions cardiaques destinées à persister probablement à l'état chronique. C'était la convalescence, et la malade, complètement débromurée, n'avait pas eu de manifestations convulsives.

Un matin, nous lui trouvons un aspect plus souriant qu'à l'ordinaire, bien qu'un peu étonné, les yeux largement ouverts et fixes par instants. Nous apprenons qu'elle a eu dans la nuit trois vertiges épileptiques. M. Legrand du Saulle me prévient qu'il ne va pas tarderà lui faire reprendre son traitement bromuré ; car il est d'observation certaine que, si habituellement les maladies fébriles suspendent les manifestations convulsives, celles-ci reparaissent très souvent beaucoup plus intenses et plus fréquentes, quand la fièvre a cessé. Il semble que les convulsifs aient un arriéré à solder ; la même particularité est observée parfois à propos de la grossesse des épileptiques.

L'événement vint justifier d'une façon fatale les craintes de mon savant maître ; pendant la journée, des attaques épileptiques se succédèrent à intervalles très rapprochés, et, bien qu'une haute dose de bromure de potassium fût donnée immédiatement et que tous les moyens employés d'ordinaire contre l'état de mal fussent mis en œuvre, la situation s'aggrava très vite. 26 accès convulsifs furent notés dans la fin de cette journée ; la congestion pulmonaire et cérébrale fut bientôt au maximum ; le pouls battait 150 et il y avait 60 respirations par minutes.

Le lendemain, à l'heure de la visite, la malade avait eu 49 accès depuis la veille au soir ; les pupilles étaient punctiformes, les extrémités froides et cyanosées, ainsi que la face et les lèvres ; une sueur visqueuse couvrait son corps et exhalait une odeur spéciale aux épileptiques en état de mal. L'asphyxie, évidemment favorisée par l'état pathologique de l'appareil cardio-pulmonaire, fut bientôt complète, et la mort survint à 11 heures du matin.

Deux enseignements me paraissent découler d'une observation comme celle-là, ainsi que d'autres faits analogues qu'il nous à été donné d'observer à la Salpêtrière.

D'une part chez les épileptiques soumis à l'influence habituelle du bromure de potassium, l'évolution des affections intercurrentes est souvent modifiée surtout à leur début, l'état réel du malade étant masqué par une apparence plus ou moins typhoïde, et il est prudent d'attendre, pour affirmer diagnostic et pronostic, que le brome ait été éliminé en partie.

D'autre part, après qu'une maladie fébrile est venue interrompre pendant un certain temps le traitement bromique, il faut se hâter de reprendre celui-ci, dès que que la convalescence s'établit; car on doit s'attendre à voir les attaques épileptiques réapparaître avec une intensité et une fréquence d'autant plus grandes qu'elles ont manqué plus longtemps. C'est là une confirmation de l'opinion d'après laquelle le bromure de potassium ne guérit pas l'épilepsie, mais en supprime seulement les manifestations convulsives et mentales dangereuses.

THÉRAPEUTIQUE

L'extrait de piment; des moyens de le conserver sans altérations,

par M. le Dr P. Lardy.

Lorsque parut il y a quelques années l'extrait de piment, ses qualités spéciales, que ne possédait aucun autre révulsif, le firent rapidement adopter par la plupart des médecins. Malheureusement, à ces qualités venait s'ajouter un défaut des plus graves, le manque de conservation.

Incorporé à une masse emplastique, il perdait après quelques mois, souvent même quelques semaines, toute son énergie. La qualité du piment employé fut d'abord incriminée, mais à tort, et ce n'est qu'après un long espace de temps et de nombreuses recherches, que la véritable cause de son altération a été enfin connue, et qu'il a été possible d'y porter remède.

La capsicine a été isolée. C'est un alcaloïde d'une extrême causticité. Mais, chose bizarre et qu'il n'était pas possible de prévoir, les sels de capsicine perdent presque complètement cette action caustique.

Or il se produisait ce fait: L'extrait de piment étant mélangé à une masse emplastique dans laquelle entraient des matières huileuses et résineuses, la capsicine jouait vis-à-vis de ces dernières le rôle de base ; et il se formait des oléates, des margarates et des résinates de capsicine qui n'avaient plus aucune action.

La cause trouvée, on devait songer immédiatement à un moyen fort simple d'y remédier: c'était de neutraliser au préalable les acides organiques qui entraient en combinaison avec la capsicine.

Et il est arrivé ce que l'on devait espérer, mais ce que le temps seul pouvait démontrer: la capsicine, restant ainsi en l'état, conserve toute son énergie primitive, et des échantillons préparés depuis plus d'un an ont aujourd'hui exactement la même puissance d'action qu'aux premiers jours.

Voilà donc ce révulsif qui reprend la place que lui assignaient ses qualités spéciales, et qu'il avait momentanément perdue.

Ces qualités sont encore présentes à l'esprit de bon nombre de médecins.

Le thapsia, l'huile de croton, le tartre stibié agissent lentement et produisent des démangeaisons intolérables, et des éruptions qui parfois s'étendent sur une grande surface et deviennent souvent plus désagréables que le mal qu'on espérait soulager.

Le sinapisme agit rapidement, mais son action cesse aussi vite. Excellent donc dans certains cas, il devient impuissant dans une foule de circonstances.

Quant au vésicatoire, son action relativement lente, mais excessive, en fait un moyen qu'on doit réserver et qui ne s'emploie pas toujours impunément.

Contrairement à ces divers révulsifs, l'extrait de piment n'occasionne que de la chaleur, une vive rougeur et une cuisson légère, *sans douleur, démangeaisons* ou *éruptions.*

On peut dire que c'est un sinapisme qui, arrivé à la moitié de son action, se maintiendrait ainsi pendant vingt-quatre heures et plus. Il est donc facile de comprendre les résultats que doit nécessairement produire une semblable révulsion dans toutes les affections de la gorge et des bronches, surtout au début de l'inflammation, qui peut souvent ainsi être jugulée. Au déclin de ces affections, de même que dans les douleurs névralgiques ou rhumatoïdes, les effets révulsifs de l'extrait de piment sont également remarquables. Et on pourra facilement s'en convaincre aujourd'hui qu'il est permis de compter sur la fidélité d'action du produit.

REVUE DE LA PRESSE

Du koumiss au lait de vache.— Le Dr *Sakovich*, dans le *Wratch*, 1882, n° 12, recommande beaucoup un moyen de préparer le koumiss au lait de vache, moyen qui lui a été enseigné par le Dr Toropoff. Il emplit à moitié une bouteille à champagne de lait du matin, non écrémé, puis il achève de remplir la bouteille avec de l'eau de fontaine pure. Ce mélange est trituré dans un mortier avec un gramme de levure, puis on le remet dans la bouteille en y ajoutant deux cuillerées à soupe de sucre finement pulvérisé. Pendant les vingt-quatre premières heures, on laisse la bouteille débouchée à la température de 14 degrés Réaumur, puis on la bouche hermétiquement et on la met dans une cave froide pendant cinq jours. Le sixième jour on peut commencer à boire le koumiss ; c'est un liquide d'un goût agréable, blanc, crémeux et légèrement gazeux. Cette prépa-

ration est bien supportée par les malades et l'auteur en a obtenu d'excellents résultats dans certains cas de pleurésie et de phthisie pulmonaire.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ ROSACÉE.— Dans la séance du 27 avril 188? de la Société harvéienne, M. Malcolm *Morris* a rapporté plusieurs cas d'acné rosacée traités par les scarifications. Il divise ces cas en deux classes. Les uns consistaient en taches d'acné entourées de plaques rouges ; le nez avait pris un volume considérable par l'hypertrophie des divers tissus. Dans les autres cas, le nez était rouge, érythémateux; les veines étaient variqueuses et il y avait de l'hypertrophie sans acné. C'est pour ces derniers que M. Morris conseille les scarifications. Cét aspect du nez se montre chez les personnes dont la circulation se fait mal, dont les mains sont généralement froides et qui sont très sensibles aux changements de température ; quand elles sont dans une chambre chaude, le nez leur démange et cela devient très désagréable ; quand elles sont exposées au froid, la douleur est vive. Morris fait les scarifications de la manière suivante : Il remplit d'abord les narines avec du coton, de manière à tendre la peau, puis il fend les vaisseaux dans le sens de leur longueur avec un couteau dont la pointe est à double tranchant; enfin, il les divise profondément dans le sens transversal au moyen d'un instrument formé d'un certain nombre de fines aiguilles réunies ensemble ; il en résulte une hémorrhagie très utile et qu'il faut favoriser. On enlève les caillots et le sérum avec du papier buvard et on recommande au malade de ne pas se toucher le nez pendant plusieurs jours. Les scarifications guérissent en quelques jours et ne laissent pas de cicatrices. Il faut répéter cette opération un certain nombre de fois jusqu'à ce que le nez ait repris son volume normal. Morris a traité ainsi avec succès vingt-huit malades ; dans un de ces cas, les scarifications ont été faites en 1879 et le résultat est toujours resté le même.

Ce traitement est une modification de celui qui était employé par Hebra et Volkmann. Hébra employait une aiguille dont la pointe lancéolaire était à double tranchant ; cette aiguille était munie d'un cran d'arrêt à deux millimètres de sa pointe pour empêcher qu'on ne l'enfonçât trop loin dans la peau. Avec cet instrument, les vaisseaux étaient ponctionnés profondément et rapidement. Les ponctions étaient faites dans le sens horizontal. Dans les cas légers, il n'était généralement pas nécessaire de recommencer l'opération. Dans les formes les plus sévères, Hébra employait la méthode de Volkmann, c'est-à-dire qu'au moyen de la curette de Volkmann il râclait et enlevait les produits inflammatoires et les masses hypertrophiées. L'opération n'est pas douloureuse. Hébra a également employé ce procédé pour enlever les nævi, les taches de vin et les télangiecta-

sies superficielles. On n'enlève que l'épiderme. Dans les cas légers, sans hypertrophie, lorsqu'il existe des pustules, il est bon de vider les pustules dès qu'elles se sont formées et d'appliquer pendant la nuit une pommade sulfureuse.

Le matin, on enlève la pommade, on frotte le nez avec un morceau de flanelle, puis le soir on le recouvre de mousse de savon avant de réappliquer la pommade. On retire également de bons résultats de l'application d'une pommade à l'acide chrysophanique à 1 gr. pour 30.

Dans un travail sur la nature et le traitement de l'acné, lu devant la Société médicale de Cambridge (*Brit. med. Journ.*, 24 juin 1882), le Dr *Staines*, à propos de l'acné rosée, insiste sur la nécessité d'avoir une nourriture légère, de s'abstenir de boissons alcooliques et de faire des lavages d'eau et de savon. Il recommande aussi de faire douze ou quinze fois par jour des lotions avec une solution contenant du soufre sublimé, du camphre, de la glycérine et de l'eau de chaux. Il vante les avantages des saignées locales et décrit un instrument inventé par Volkmann pour faire des ponctions multiples. Dans l'acné ordinaire, il conseille l'emploi du soufre sublimé, dans la proportion de 7 grammes pour 180 grammes d'eau de chaux; il y ajoute 5 gr. 30 centigr. de glycérine et un peu d'alcool camphré.

INFLUENCE DE LA MASTURBATION ET DES EXCÈS SEXUELS SUR LES YEUX. — Le professeur Hermann *Cohn* (*Bresl. Aerztl. Zeitsch.*) a constaté, chez les individus qui se livraient à la masturbation ou aux excès sexuels, de la photopsie, de la conjonctivite, du blépharospasme et de la parésie de l'accommodation. La photopsie est toujours un phénomène subjectif chez les personnes dont les yeux présentent une pupille parfaitement normale et chez lesquelles l'acuité visuelle, la tension intra-oculaire, le sens des couleurs sont normaux et qui d'autre part n'offrent rien de particulier du côté des milieux transparents, du nerf optique et de la rétine. Les malades accusent toutes sortes de phénomènes, ils voient des taches, des étoiles, des zones lumineuses, des cercles de feu ou des points brillants. Le plus souvent, ces phénomènes disparaissent dans l'obscurité; dans tous les cas, ils cessent quand on ferme les yeux. Dans six cas, il y avait de la conjonctivite. Le blépharospasme attaque généralement les deux yeux. On n'a pas constaté d'amblyopie. Mooren insiste toujours sur la relation qui existe entre l'onanisme et la parésie de l'accommodation. Le glaucome et la maladie de Basedow ont été mentionnés par Forster et par Græfe.

Pour corriger ces individus, Cohn recommande de leur faire publiquement des remontrances. C'est surtout chez les enfants d'un certain âge qu'il faut faire attention. A. CH.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 Décembre 1882. — Présidenee de M. LABBÉ.

DU JÉQUÉRITI CONTRE LES GRANULATIONS CONJONCTIVALES. RAPPORT. — *M. Terrier* fait un rapport sur un travail envoyé par M. Cartoso relatif au traitement de la conjonctivite granuleuse par le jéquériti.

Il rappelle qu'en 1867 M. Catros da Silva a publié un Mémoire sur le jéquériti et sur les accidents qu'il peut déterminer.

M. Cartoso prépare une infusion de la façon suivante : les graines sont jetées dans de l'eau bouillante, l'embryon broyé, la solution est filtrée.

Le liquide qu'il emploie est à 1 0/0, avec ce liquide il touche la surface de la conjonctive au moyen d'un pinceau.

M. de Wecker a employé aussi le jéquériti d'après les indications d'un médecin américain, mais le mode de préparation et le mode d'emploi de la plante sont différents pour M. de Wecker et son correspondant

M. de Wecker baigne les yeux, M. Cartoso les touche avec un pinceau et, de plus, se sert d'une infusion plus concentrée.

Dans un cas qui m'appartient, j'ai traité, d'après les indications de M. de Wecker, une conjonctivite granuleuse ; j'ai réussi à déterminer une ophthalmie purulente, mais les granulations sont restées telles qu'elles étaient.

Quel est le mode d'action de cette substance? agit-elle comme l'inoculation de pus blennorrhagique ? C'est possible. M. le Dr Haranger a examiné une infusion fraîche de jéquériti et y a trouvé, comme dans le pus de la blennorrhagie, des micrococcus, des corpuscules et des granulations.

M. Després. Il s'agit de savoir quel genre de granulations M. Cartoso a eu à traiter; s'il s'agit de granulations inflammatoires, le jéquériti n'aurait pas d'autre action que le nitrate d'argent, le sous-acétate de plomb, etc. Dans les granulations chroniques, au contraire, tous les traitements sont insuffisants, même l'inoculation de pus blennorrhagique que je n'ai pas approuvée, lorsque la question a été portée devant la Société de chirurgie.

Le rapporteur a l'air de croire que l'affection est parasitaire, mais ces granulations ne sont pas autrement constituées que les bourgeons charnus ; ce sont ou des papilles mises à nu et qui ont bourgeonné ou bien des végétations semblables à celles qu'on voit autour de l'anus ou des organes génitaux. Dans ce dernier cas il faut en faire l'excision.

M. Terrier. M. Després nie qu'on ait obtenu la guérison de conjonctivites granuleuses par l'inoculation de pus blennorrhagique ;

j'en ai en ce moment un cas remarquable qu'on peut voir encore à l'hôpital Saint-Antoine; mais l'inoculation ne doit pas être faite dans tous les cas.

Quant à la structure des granulations, Yvanoff a démontré que c'étaient des néoformations glandulaires dans l'épaisseur de la conjonctive. Si l'on voulait en faire l'excision, il faudrait enlever toute l'épaisseur de la conjonctive.

On a quelques raisons de croire à la nature parasitaire de la conjonctivite granuleuse; et en effet on ne l'observe pas dans les altitudes élevées. De plus, le microbe a été vu et décrit au dernier Congrès des ophthalmologistes allemands.

Il est possible que le microbe du pus blennorrhagique puisse détruire celui de la conjonctivite granuleuse.

Élongation du nerf nasal externe dans les cas de douleurs ciliaires. Rapport. — *M. Trélat* fait un rapport verbal sur ce travail envoyé par M. Badal, de Bordeaux.

M. Badal a eu l'idée de substituer l'élongation à l'extirpation du globe de l'œil dans le cas de douleurs périorbitaires, ciliaires, d'hyperesthésie rétinienne, etc.

Il a d'abord choisi le nerf sous-orbitaire et n'a rien obtenu, puis il a fait l'élongation du nerf nasal externe et a obtenu trois résultats qu'il publie.

Le manuel opératoire est très simple, car le nerf est facilement accessible à l'angle interne de l'œil, entre le tendon de l'orbiculaire et la poulie de réflexion du grand oblique. Il a obtenu des résultats complets dans les cas de douleurs périorbitaires avec complication de larmoiement et d'écoulement nasal.

Le 1er cas date du mois d'avril 1882; il fit l'élongation du sous-orbitaire; il n'obtint rien, l'élongation du nasal externe fit cesser tous les accidents.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'un homme de 22 ans; kératite avec hypopion, etc., pannus, douleurs ciliaires, phthisie oculaire, irido-cyclite, péritomie, élongation du nasal externe; cessation de douleurs.

2e cas, glaucome chronique, douleurs ciliaires, iridectomie, rien; élongation du nasal externe; cessation de douleurs.

M. Terrier. Je ne puis accepter la manière de faire de M. Badal dans les deux derniers cas, d'autant plus qu'on ne mentionne pas l'état de l'autre œil; il me serait impossible de ne pas faire l'énucléation du globe de l'œil dans des cas aussi graves. On a aussi essayé, dans des cas semblables, la névrotomie ciliaire et optico-ciliaire, on a été obligé d'y renoncer.

M. Giraud-Teulon considère ces cas comme très curieux et intéressants à noter; il ne faudrait pas ériger en doctrine ce mode de

traitement; aussi ne fais-je des réserves que sur la pensée qui a guidé M. Badal dans l'application de son traitement, mais j'accepte les faits tels qu'ils nous sont transmis.

M. Trélat répond à M. Terrier que M. Badal n'a pas eu la prétentention d'ériger en méthode de traitement général des douleurs ciliaires, périorbitaires, etc., l'élongation du nasal externe: il a simplement voulu faire connaître des faits curieux, intéressants et utiles; car, dans les cas où l'œil atteint serait moins malade que sur les deux derniers sujets de M. Badal, il serait peut être indiqué de commencer par faire l'élongation du nasal externe avant de faire l'énucléation.

Induration des corps caverneux de la verge dans ses rapports avec la glycosurie. — *M. Verneuil* lit un travail sur l'induration des corps caverneux de la verge et de ses rapports avec la glycosurie.

Il la distingue des indurations consécutives aux phlébites des corps caverneux et du tissu spongieux, et à la rupture de la corde dans la chaudepisse.

Il rappelle que Kearbey, dans un Mémoire analysé dans la *Gazette médicale* de 1852, a rattaché cette induration à l'arthritisme. J'en ai observé quatre cas dans ces dernières années. Trois fois les sujets étaient diabétiques ou l'avaient été. Marchal, de Calvi, en parle dans son beau livre sur les accidents diabétiques.

Le 1er cas a été observé chez un homme très fort, qui avait dans ses urines une quantité de sucre variant de 12 à 80 grammes par jour.

Le 2e cas sur un maître d'hôtel de 65 ans qui avait 22 grammes par litre, et qui, chose à noter, avait eu autrefois des accès de fièvre paludéenne.

Le 3e sur un homme venu dans mon service à l'hôpital et qui était atteint de diabète intermittent.

Le traitement médical est nul. Quant au traitement chirurgical, il croit qu'il faut s'en abstenir en raison de l'état général des sujets.

Polype muqueux enclavé dans les fosses nasales et dans les sinus. — Présentation de malade. — *M. Trélat* présente un malade porteur de la lésion ci-dessus. Il lui avait été envoyé d'une clinique de maladies des yeux.

Il portait à l'angle interne de l'œil une tumeur qui avait défoncé l'os unguis et faisait sous la peau amincie une saillie du volume d'une noisette; elle était manifestement le prolongement d'une tumeur occupant les fosses nasales. Pour l'enlever complètement, il a fait une opération qui n'est décrite dans aucun livre de médecine opératoire. C'est pourquoi il la relate.

A partir de la tête du sourcil, il fait descendre une incision verticale qui se bifurque pour embrasser la tumeur et se rejoint au-dessous d'elle, et descend ensuite dans le sillon naso-jugal jusqu'à l'aile

du nez qu'elle détache complètement. Au cours de l'opération, il a fait une incision transversale longeant le bord antérieur du plancher de l'orbite.

Il sectionne ensuite l'os propre du nez verticalement et l'apophyse orbitaire interne du frontal transversalement. Il décolle le périoste du plancher de l'orbite dans une étendue transversale de 3 centimètres, sectionne verticalement, avec la scie de Larrey, la paroi antérieure du sinus jusqu'à son plancher, suivant une ligne située à 3 centimètres du sillon naso-jugal et, par une section transversale passant au niveau du plancher du sinus, circonscrit un carré de la paroi antérieure de ce sinus qu'il peut facilement détacher, en emportant une partie des cornets. Il a ainsi une voie large par laquelle il peut faire sortir la tumeur qui occupait toute la fosse nasale et tout les sinus; le tout fut cautérisé avec le thermo-cautère.

Il fit des points de suture et la réunion a été totale et parfaite. L'opération a été faite le 29 novembre.

Paralysie du nerf radial par enclavement dans un cal exubérant. — Présentation de malade. — *M. Trélat* présente un malade qui avait été amené dans son service, en avril, avec une fracture de l'extrémité inférieure de la cuisse droite qui est aujourd'hui parfaitement guérie et une fracture du bras gauche.

Vers la fin mai; on s'aperçut d'une paralysie totale et absolue du radial du même côté. M. Trélat pensa que cette paralysie était due à la compression du radial par le cal qui était énorme, et il se mit en devoir de le dégager.

Il appliqua la bande d'Esmarch ; la recherche du nerf fut difficile, enclavé qu'il était sous un point moitié osseux, moitié fibreux : il finit par le découvrir en bas. Il fut obligé de tailler une vraie tranchée pour dégager le nerf; il dut couper ensuite de grandes tranches du cal. Pansement de Lister. La réunion par première intention échoua, mais la guérison de la plaie fut assez rapide. L'opération fut faite le 1er juin.

Dans les premiers jours d'août, il y avait un très léger indice du retour des mouvements. Aujourd'hui l'état est satisfaisant; il reste seulement un peu de roideur due à une légère rétraction des extenseurs.

M. Trélat insiste sur la lenteur du rétablissement des fonctions du nerf, puisque ce n'est qu'après deux mois qu'on a pu constater un léger retour de la mobilité. Cette lenteur a été constatée aussi chez le jeune enfant qu'il a opéré et dont on trouve l'observation dans la thèse de M. Pasturaud.

M. Tillaux rappelle qu'il a présenté en 1878 à la Société de chirurgie un malade absolument semblable et qui a guéri. Le nerf était gros, rouge et enflammé, c'est probablement cet état inflam-

matoire qui est la cause de la lenteur dans le retour de ses fonctions.

COMMISSION. — La commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre correspondant national est composée de MM. de Saint-Germain, Polaillon, Chauvel, Gillette.

Pour les correspondants étrangers : MM. Périer, Terrier, Sée, Pozzi.

La commission du prix Duval est composée de : MM. Richelot, Périer, Magitot, Delens, Marjolin.

La commission du prix Laborie : MM. Guéniot, Nepveu, Lefort, Marchand, Monod.

P. BABY.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des prix de l'internat.* — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Première division (internes de 3e et 4e années). — Médaille d'or : MM. Netter, interne à l'hôpital Necker ; accessit : Siredey interne à la Pitié ; mention honorable : Duplaix, interne à l'hôpital Laënnec.

Deuxième division (internes de 1re et 2e années). — Médaille d'argent : MM. Richardière, interne à l'hôtel-Dieu ; accessit ; Ricard, interne à la Pitié ; 1re mention : Darier, interne à l'hôpital Necker ; 2e mention : Gallois, interne à l'hospice des Enfants assistés.

Nous avons déjà donné les questions écrites posées à ce concours, voici les questions orales :

Première division. — **Pathologie externe** : Infiltration d'urine. — Pathologie interne : Endocardite ulcéreuse.

Deuxième division. — Pathologie externe : De l'étranglement dans la hernie crurale. — Pathologie interne : Des hémorrhagies intestinales.

Concours de l'internat. — Voici la suite des questions orales posées jusqu'aujourd'hui.

Mercredi 6 décembre. — Endocarde ; angine de poitrine.

Vendredi 8. — Veine porte hépatique ; signes et diagnostic des kystes hydatiques du foie.

Dimanche 10. — Prostate ; signes et diagnostic des calculs vésicaux.

Mercredi 13. — Circulation rénale ; symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

Concours de l'externat. — Jeudi 30 novembre. — Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë.

Lundi 4 décembre. — Saignée et ses accidents.

Mardi 5. — Cathétérisme évacuateur de la vessie.

Jeudi 7. — Anthrax.

Vendredi 8. — Hydarthrose du genou.

Samedi 9. — Pansement antiseptique.

Lundi 11. — Signes et diagnostic de la péritonite aiguë.

Mardi 12. — Vaccine et vaccination.

Jeudi 14. — Epistaxis et tamponnement des fosses nasales.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris — Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince.

NGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II N° 71 MARDI 19 DÉCEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
ofesseur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
rofesseur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

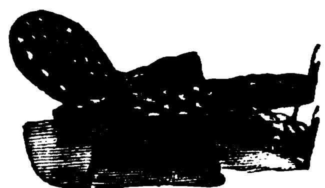
E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


VERITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Pharmaciens.



29ᵉ Année. — Tome II. — N° 71. Mardi 19 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

De la congestion douloureuse du foie chez les alcooliques jeunes,

Par M. Albert Mathieu,

Interne des hôpitaux.

Le foie est l'un des organes sur lesquels l'alcool exerce le plus rapidement son action nocive, et depuis longtemps les abus de boisson tiennent dans la pathogénie des diverses formes de l'hépatite un rang justement mérité. Il existe cependant dans l'histoire des hépatites d'origine éthylique des lacunes considérables. Cela tient surtout à la difficulté où l'on est d'observer cliniquement le foie dans les diverses phases de sa dégénérescence. Les malades sur lesquels est basée l'histoire des hépatites alcooliques ne se présentent à l'observation qu'à une période avancée de l'affection et de l'intoxication d'où elle dérive. On assiste à la terminaison sans avoir connu les origines; de là, des divergences d'opinion considérables et des restrictions légitimes.

La cirrhose atrophique sans ictère ou cirrhose de Laënnec est couramment attribuée à l'alcoolisme, à tel point que l'on use souvent pour la désigner de l'expression : cirrhose alcoolique. Cette synonymie est peut-être exagérée, et l'on se dispense trop facilement de faire la preuve de l'étiologie que l'on invoque. Plus ou moins habilement, par des questions pressantes, on arrive à faire avouer au malade des excès d'alcool souvent bien relatifs. Tout individu qui boit beaucoup est déclaré alcoolique. Cette enquête étiologique est sans grande valeur, car tout le monde n'est pas égal devant l'alcool. Peu importe boire beaucoup si l'on supporte bien ce que l'on boit et c'est une erreur de supposer que deux individus s'alcooliseront forcément avec la même quantité d'un liquide qu'ils absorbent dans des conditions différentes de résistance (Lasègue).

Il est classique de supposer à la cirrhose de Laënnec une première période hypertrophique. Cependant cette opinion, devenue classique, ne s'appuie que sur un nombre très restreint de faits, et cela se comprend, étant donnée la durée de l'hépatite interstitielle et le peu de temps pendant lequel on observe généralement les gens dont on fait l'autopsie. A peine trouve-t-on çà et là quelques observations dans lesquelles la diminution progressive du volume du foie ait été régulièrement suivie. Un fait rapporté par Graves est devenu célèbre.

Des travaux récents, parmi lesquels il faut citer en première ligne ceux de M. Lancereaux et de ses élèves et les leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu de Rouen par M. Leudet, ont contribué à faire mieux

connaître l'hépatite alcoolique. Sans doute, les cirrhoses mixtes de M. Dieulafoy et de son élève, M. Guiter, relèvent souvent de l'alcoolisme et nous nous proposons d'appuyer prochainement cette opinion sur des observations cliniques et des études anatomo-pathologiques. En tous cas, il faut dès maintenant retenir comme un fait démontré que bien des hépatites à évolution lente ou rapide reconnaissent pour cause les excès de boisson. Les possibilités cliniques sont nombreuses depuis l'hépatite interstitielle diffuse aiguë, avec ictère et même ictère grave, jusqu'à la cirrhose rétractée avec ascite sans ictère.

L'observation méthodique et continue de l'évolution de ces hépatites est à peu près impossible ; elle constitue forcément une rare exception. Mais ne peut-on pas aborder le problème par un détour et trancher indirectement la question ?

Il nous a paru qu'il serait intéressant à ce point de vue d'observer l'état du foie chez des alcooliques jeunes, nous voulons dire peu avancés encore dans leur intoxication, bien que cette intoxication se manifeste déjà par des signes peu méconnaissables,

L'hôpital Saint-Louis convient à une étude de ce genre. Bien des malades s'y présentent qui sont manifestement alcooliques ; bien rarement ils y viennent pour des raisons qui dépendent directement de l'alcoolisme. Ils y sont amenés par des affections cutanées diverses. qui peuvent bien être impressionnées par l'alcool, mais *qui n'en dérivent* jamais essentiellement.

Pendant assez longtemps nous avons soumis les alcooliques qui se présentaient à nous à un examen sommaire du foie, et nous avons trouvé que presque toujours, à l'insu du malade, cet organe était manifestement dans un état anormal.

Disons de suite que nous avons retenu comme alcooliques non pas les gens auxquels nous faisions plus ou moins aisément avouer des écarts de régime répréhensibles, mais ceux qui nous présentaient la triade symptomatique si caractéristique : tremblement des mains, pituites du matin, cauchemars et insomnie. Eh bien, presque toujours nous avons vu chez eux le foie dépasser légèrement le rebord des côtes et nous avons constaté une douleur plus ou moins vive à la pression au niveau de son bord inférieur. Sur une vingtaine nous avons mesuré la matité hépatique sur la ligne mamelonnaire et sur la ligne axillaire antérieure. Nous avons effectué les mêmes mensurations sur des individus non alcooliques. Chez les premiers, l'étendue de la matité du foie dépasse de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres en moyenne cette même matité chez les autres. Assez souvent la matité splénique nous a paru plus évidente, plus étendue chez les premiers que chez les seconds.

Nous ne tenons ici aucune espèce de compte des conditions diver-

ses d'âge et de santé. En ne considérant les choses que dans le résultat brut de notre enquête, nous avons exceptionnellement attribué une certaine valeur à la formule *post hoc ergo propter hoc* et nous tendons à rapporter à l'action de volume du foie, et la douleur à la pression que nous avons constatée dans la région hépatique. Sur un ou deux buveurs d'absinthe, nous avons aussi trouvé du côté gauche une certaine hyperesthésie : le fait n'a plus rien d'étonnant depuis les recherches de M. Lancereaux sur l'absinthisme.

Ne paraît-il pas légitime de voir dans l'augmentation de volume du foie, chez les alcooliques jeunes, l'effet d'une congestion voisine de l'inflammation? Si les circonstances sont favorables, il se fera tantôt de l'hépatite interstitielle diffuse avec hypertrophie, tantôt de la cirrhose systématique avec atrophie. Il est en tous cas intéressant de constater à l'avance les manifestations prémonitoires de ces évolutions diverses. Peut-être en multipliant des recherches analogues, en prenant la moyenne des résultats relevés de façon à ce que les différences individuelles disparaissent et s'atténuent, parviendrait-on à déterminer d'une façon plus suivie la marche progressive des diverses cirrhoses du foie chez les alcooliques.

En attendant, et en se plaçant à un point de vue différent, il nous semble qu'il ne serait pas exagéré de faire rentrer la douleur à la pression et à la palpation du bord libre du foie dans les symptômes habituels de l'alcoolisme. Cette douleur pourrait prendre rang à côté des pituites du matin, du tremblement des mains et des cauchemars. Prise isolément, cette congestion douloureuse n'a pas de signification précise; rapprochée des autres phénomènes qui trahissent l'existence de l'éthylisme, elle nous semble acquérir une valeur directe et comporter des indications intéressantes pour le pronostic et le traitement.

HOSPICE D'ISSY. — SERVICE DE M. LE Dr QUINQUAUD,

Mort subite par syncope dans un cas de lithiase biliaire chez une femme.

Par M. Ruelle,
Interne des hôpitaux.

La nommée Letanseur (Julie), âgée de 73 ans, entrée le 13 octobre 1882, salle Leger, lit n° 34.

Cette femme, âgée de 73 ans, s'est bien portée jusqu'à l'âge de 71 ans. A cette époque, c'est-à-dire il y a deux ans, elle fut prise subitement après son déjeuner de douleurs vives dans l'hypochondre droit, avec frissons intenses, sueurs profuses et nausées.

Transportée à l'infirmerie où elle séjourna dix jours, elle prit dès le

lendemain de son entrée une teinte subictérique qui disparut au bout de quelques jours.

Depuis cette époque elle a éprouvé de temps en temps des douleurs sourdes dans la région du foie, douleurs qui coïncident avec un peu de fièvre, de l'inappétence et un teint légèrement jaune.

Le 13 octobre dernier, elle est prise deux heures après son déjeuner de douleurs excessivement vives toujours dans la même région : ces douleurs plus intenses que jamais lui arrachent des cris continuels et la font se tordre sur son lit. Elle a des nausées, sans vomissements et une dyspnée assez considérable ; nous prescrivons une potion avec XX gouttes de chloroforme et des cataplasmes sur le ventre avec XL gouttes de laudanum ; de plus nous faisons une piqûre de 1/2 centigramme de chlorhydrate de morphine.

La malade fut un peu calmée par cette médication, toutefois la nuit suivante fut mauvaise, elle ne dormit pas, tourmentée par des nausées continuelles. Elle eut même du subdélirium ; la température axillaire s'éleva à 40°.

Le 14. L'état général s'est un peu amélioré, les douleurs sont moins vives ; la dyspnée moins forte ; l'ictère est toutefois plus prononcé ; l'acide nitrique produit dans les urines une coloration verte très nette.

Pendant la visite elle a un frisson violent avec claquement des dents. La température est de 39,8.

Le soir, la malade dormait et la température ne fut pas prise.

Le 15. Elle se plaint de douleur dans le côté gauche ; la douleur à droite a beaucoup diminué ; le sommeil a été agité par des cauchemars. La soif est vive. A sept heures du matin, elle est prise d'une épistaxis abondante. La température est de 37,2.

Le 16. Même état ; pas d'épistaxis toutefois.

Le 17. Elle semble être devenue sourde ; la langue est sèche ; la température prise le soir est de 38°.

Le 18 et le 19. La malade va en s'affaiblissant ; sous son teint ictérique on découvre une pâleur anémique survenue rapidement chez cette femme qui, lors de son entrée, avait, malgré ses douleurs, le teint d'une personne jouissant d'une bonne santé.

Les urines descendent au chiffre de 650 gr. pour vingt-quatre heures. La quantité d'urée excrétée est de 10 gr. 40.

Le 21. La quantité des urines est de 1150 grammes et celle de l'urée de 9 gr. 10.

L'acide nitrique ne donne plus la coloration verte.

Il y a un peu d'albumine.

Le 23 et le 23. Elle est de plus en plus faible et devient aphone.

La totalité des urines excrétée est de 350 grammes le 23 octobre.

Le 24 elle est prise d'une syncope au moment où on la lève pour

faire son lit; le teint est cyanosé ; les extrémités froides, le pouls est petit, filiforme, rapide. Elle est couverte de sueurs profuses et meurt après être restée une demi-heure dans cet état. La température s'était abaissée à 36,6.

A l'*autopsie*, faite le lendemain, on trouva une pleurésie avec un épanchement séro-purulent de 1 litre environ à gauche. Le poumon du même côté était affaissé et présentait quelques fausses membranes récentes.

Il n'y avait pas de lésions du cœur, ni des centres nerveux.

Les reins présentaient le premier degré de la néphrite interstitielle.

Le foie pesait 1390 grammes, il était plus allongé que gros, ce qui explique qu'à la percussion en le sentait dépassant les fausses côtes.

La vésicule biliaire renfermait des calculs au nombre de six, gros comme de petites noisettes.

Dans l'intérieur des canaux biliaires dilatés on rencontre de nombreux calculs miliaires.

Au microscope on voit de petites masses jaunâtres de cholestérine et des cellules épithéliales provenant du revêtement interne des conduits.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à deux points de vue. D'abord au point de vue de la mort subite par syncope, phénomène dont la cause est différemment interprétée, et ensuite au point de vue de l'affaiblissement rapide, de la débilité dans laquelle est tombée si rapidement cette femme qui lors de son entrée présentait, comme nous l'avons dit, les apparences d'une santé relativement bonne

THÉRAPEUTIQUE

Phthisie pulmonaire chez un arthritique, guéri par le vin à l'extrait de foie de morue.

M. R..., 47 ans, négociant en vin, né d'un père goutteux, présente tout les attributs de l'arthritisme : calvitie précoce, migraines, troubles gastralgiques, attaques rhumatismales sub-aiguës, coliques néphrétiques et gravelle. Il n'a jamais eu la syphilis ; il a fait, par profession, quelques excès alcooliques, mais n'a jamais présenté d'accidents dus à l'alcoolisme proprement dit.

En 1876, il a été atteint d'une broncho-pneumonie qui le tint un mois au lit, mais qui céda assez vite à une médication dont les vésicatoires, le kermès et les injections de morphine ont fait tout les frais.

Depuis cette époque, il est sujet à des accès d'oppression qui se

manifestent surtout aux changements de température et sous l'influence de fatigues ou d'écarts de régime.

En mai 1881, je le vois pour la première fois. Il a beaucoup maigri. Tous les soirs, M. R... présente un accès fébrile prononcé. Sa respiration est courte, sa toux fréquente surtout le matin. L'expectoration est variable ; mais, à diverses reprises, il a constaté des filets de sang dans ses crachats, qui renferment également de petites granulations crétacées. Il est faible, enroué, sans appétit; il vomit fréquemment pendant ses accès de toux ; il présente une soif ardente et il est souvent sujet à la diarrhée.

A l'auscultation, il présente une diminution de la respiration au sommet droit, et de l'expiration prolongée, allant presque jusqu'au souffle bronchique. Il est bon de dire que c'est le poumon droit qui a été atteint de pneumonie, comme en font foi les traces de nombreux vésicatoires.

Le poumon gauche présente dans toute son étendue, des râles sibilants : au sommet, un bruit de craquement humide, accompagné de bruit de froissement pulmonaire isochrone avec l'inspiration.

Le diagnostic n'était pas douteux. Le malade présente tous les signes rationnels et physiques d'une tuberculisation pulmonaire assez avancée. Le mauvais état général semblait même assombrir un pronostic, que la diasthèse arthritique rendait moins sérieux, ainsi que l'âge du malade et ses antécédents pneumoniques.

Prescription : Viande crue matin et soir ; avant chaque repas une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue ; après chaque repas, un verre à madère de vin de quinquina ; aux repas, quatre milligrammes d'arséniate de soude en solution.

Je revois le malade quelques jours après. Il tolère mal son huile de morue, qu'il déteste. D'ailleurs, l'appétit est encore diminué et la diarrhée légèrement accrue. J'insiste néanmoins pour la continuation du traitement. Quinze jours après (8 juin), les phénomènes d'intolérance augmentent avec les premières chaleurs. Mon attention avait été attirée, depuis cette époque, sur un article d'un journal médical de Paris énumérant les avantages du vin Vivien à l'extrait de foie de morue « qui possédait tous les principes actifs de l'huile, sans répugnance pour les malades les plus difficiles ».

Je prescris avant chaque repas à M. R... un verre à madère de vin Vivien. Quinze jours après, le malade me dit qu'il est enchanté de sa médication. Il se sent plus robuste, son appétit a augmenté, sa diarrhée a notablement décru. L'auscultation révèle également une amélioration sensible dans l'état des poumons, quoique l'oppression, la toux et l'expectoration soient toujours, au dire du malade, restées au même point. Nous abrégerons la fin de l'observation en disant que, durant tout l'été de 1881, M. R... continua, sans dégoût ni ré-

pugnance, la médication que j'appellerai *œno-propylamique*. A la fin de septembre, il a augmenté, en poids, de 8 kilogrammes. Toute trace d'oppression a disparu. Les poumons ne présentent plus vestige de leurs graves lésions. La toux seule a persisté avec quelques râles bronchiques, jusqu'à mars 1882. Depuis cette époque, M. R... a cessé le vin Vivien et sa guérison ne s'est point démentie jusqu'à ce jour (novembre 1882). Le lecteur tirera lui-même ses conclusions.

Dr Ph. Bernard.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 9 *novembre* 1882. — *Présidence de M.* Polaillon.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide que les élections pour six places de membres titulaires auront lieu à la seconde séance de janvier.

M. Poupon communique une observation intitulée : Asphyxie par oblitération de la trachée due à un bouchon caséeux d'origine ganglionnaire. (Sera publié.)

Il fait connaître ensuite une seconde observation intitulée : Gangrène embolique de la jambe, pendant la convalescence de la diphthérie. (Sera publié.)

M. Dauchez donne lecture de l'observation suivante : Dilatation excessive et déplacement total de l'estomac à la suite d'un carcinome latent du pylore. (Sera publié.)

M. Merklen fait connaître une observation d'œdème aigu de la glotte survenu au seizième jour de la fièvre typhoïde. (Sera publié.)

M. Ollive se demande si le traitement par l'acide salicylique à haute dose, suivi par la malade de M. Merklen, ne serait pas pour quelque chose dans le développement des accidents. Il se souvient que M. Albert Robin, expérimentant l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde, était frappé de la fréquence des complications inflammatoires et ulcéreuses du côté de la gorge, et les attribuait à l'action caustique du médicament.

M. Merklen. Sur un grand nombre de malades traités par l'acide salicylique, je n'en ai vu qu'un seul qui ait présenté des ulcérations buccales, et encore ont-elles été de peu de gravité. Le mode d'administration du médicament, qui dans le service de M. Vulpian est toujours pris par doses fractionnées dans du pain azyme, est d'ailleurs une garantie contre toute action caustique.

M. Barth. J'ai employé également l'acide salicylique chez un grand

nombre de malades pendant l'épidémie récente; je l'ai donné non seulement en cachets, mais aussi en potions, et je n'ai jamais observé d'ulcérations bucco-pharyngiennes; les effets locaux ont paru se borner à un peu de rougeur et de sécheresse de la langue et de l'isthme du gosier, avec sensation d'ardeur et gêne légère de la déglutition chez quelques malades. Dans beaucoup de cas ces phénomènes ont fait complètement défaut.

M. Chauffard communique un travail intitulé: Sur deux signes de convalescence franche de la fièvre typhoïde. (Sera publié.)

M. Quinquaud. Parmi les deux signes indiqués par M. Chauffard, le premier, la polyurie, a été depuis longtemps observé; je l'ai moi-même étudié à maintes reprises, et sa valeur me paraît incontestable, au moins quand la polyurie est franche, et dépasse trois litres par jour. Quant aux abcès sous-cutanés multiples, c'est peut-être aller un peu loin que d'y voir un signe positif de convalescence définitive; j'ai dans la mémoire quelques faits où l'éruption de ces abcès n'a pas empêché une rechute de survenir quelque temps après.

M. Barbe fait connaître une observation d'éruption polymorphe observée dans la cours de la fièvre typhoïde. (Sera publié.)

M. Bellangé. Je trouve très intéressante l'observation de mon collègue Barbe et je dois dire que j'ai eu l'occasion de voir cette malade en pleine éruption. J'ai pensé que l'on devait avoir affaire à une rougeole survenant comme complication dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, mais mon opinion est actuellement changée. Nous avons maintenant dans le service de M. le professeur Ball, suppléé par M. le Dr Barth, à l'hôpital Laënnec, deux cas absolument semblables. L'un des malades, car ce sont deux hommes, était entré depuis deux jours en pleine convalescence, lorsqu'un matin à la visite nous constatons une élévation thermique assez forte; la présence d'un érysipèle dans la salle nous fait rechercher si la même affection ne serait pas survenue chez notre malade et nous sommes tout surpris de découvrir une éruption maculeuse généralisée, très confluente au niveau des jointures, simulant là de véritables rash scarlatiniformes. Ce matin cette éruption était encore très apparente, mais les symptômes généraux sont devenus très graves, la température est élevée, l'albuminurie que présentait le malade dès le début de la fièvre typhoïde a persisté; il en est de même des symptômes de laryngo-typhus et le malade est mort aujourd'hui dans la journée. Chez le second malade nous avons vu se produire une éruption du même genre accompagnée aussi d'une légère élévation thermique; mais bientôt les taches cutanées se sont effacées, il n'y a pas eu d'albumine dans les urines, et actuellement le malade, dont l'état général est excellent, présente un commencement de desquamation; ajoutons que cette complication est survenue aussi dans la convalescence.

J'ai recherché ce qui avait été publié à ce sujet: les observations ne sont pas très nombreuses. Les travaux les plus importants sont la thèse de M. Kéromnès faite sous l'inspiration de M. le Dr Leloir et celle de M. Raynaud. Ces manifestations cutanées qui surviennent dans le courant de la fièvre typhoïde méritent bien d'être appelées polymorphes car elles ressemblent à la fois à la rougeole et à la scarlatine. Mais il est impossible de les attribuer à l'une ou à l'autre de ces maladies, car les phénomènes de catarrhe laryngo-bronchique et d'angine font complètement défaut, et d'autre part la courbe thermique ne ressemble nullement à celle d'une fièvre éruptive. J'ajouterai que chez les malades dont j'ai parlé, les caractères de l'exanthème, aussi bien que les antécédents, excluaient toute idée d'une éruption syphilitique.

M. Merklen. On pourrait se demander si, dans les cas de ce genre, il ne s'agirait pas d'éruptions sudorales d'une intensité inaccoutumée survenues à la suite des accès fébrile, qui se montrent parfois à la dernière période de la dothiénentérie ?

M. Bellangé. Il suffit de jeter un coup d'œil sur une de ces éruptions, pour se convaincre qu'elles ne ressemblent en rien à un érythème sudoral. Il n'est pas très aisé de donner par la description une idée nette des différences, mais on sait qu'en général, quelle que soit la confluence d'une éruption sudorale, on distingue toujours assez nettement les petits points rouges et légèrement desquamés correspondant aux orifices des glandes sudoripares. Il n'en était pas ainsi chez nos malades dont l'éruption se présentait en larges plaques, très homogènes au centre, bien que festonnées sur les bords.

M. De Lapersonne donne lecture d'une observation intitulée : Ostéosarcome du doigt. (Sera publié.)

M. Polaillon fait remarquer que l'absence de transparence de la tumeur était une raison de plus de penser qu'il ne s'agissait pas d'un enchondrome. Quant à la rareté des ostéosarcomes aux doigts elle n'est que relative, et on en peut trouver quelques observations dans les auteurs.

La séance est levée à dix heures.

Les secrétaires des séances,
H. Barth et P. Merklen.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 18 au 23 décembre 1882). — *Lundi* 18. — Doctorat, 2e (ancien régime, oral) : MM. Potain, Damaschino et Reclus. — 3e (ancien régime): MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon.— 3e (ancien régime): MM. Baillon, Henninger et Gay.— 4e: MM. Parrot Hayem et Sraus. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Béclard et Verneuil.

Mardi 19.— Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Le Fort, Panas et Bouilly. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 2e (fin d'année): MM. Robin, Peyrot et Berger. — 3e (fin d'année): MM. Laboulbène, Raymond et Richelot.— 4e : MM. Peter, Ball et Legroux.— 4e: Brouardel, Duguet et Hallopeau. — 5e (Charité): MM. Pajot, Gosselin, Joffroy.—5e (Charité): MM. Richet Fernet et Charpentier.

Mercredi 20.— Doctorat, 1er (dissection): MM. Béclard, Verneuil et Pozzi. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 2e MM. Charcot, Parrot et Terrillon.— 2e: MM. Vulpian, Hayem et Reclus. — 3e : MM. Regnault, Henninger et Bocquillon. — 5e (Charité): MM. Depaul, Damaschino et Monod. — 5e (Charité): MM. Trélat, Potain et Budin.

Jeudi 21. — Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Richet, Panas et Berger. (*Épreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 1er (ancien régime, oral): MM. Sappey, Laboulbène et Peyrot. — 2e (ancien régime, oral): MM. Brouardel, Duguet et Humbert. —1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Robin et Fernet.

Vendredi 22. — Doctorat, 1er (dissection) : MM. Trélat, Guyon et Marchand. — (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à une heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 1er (fin d'année): Gariel, Bourgoin et Bocquillon. — 1er (ancien régime, oral): MM. Béclard, Charcot et Reclus. — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Vulpian, Damaschino et Ch. Richet.— 5e (Charité): MM. Depaul, Parrot, et Pozzi. — 5e (Charité): MM. Potain, Duplay et Pinard.

Samedi 23. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Sappey, Ball et Bouilly. — 2e (nouveau régime, oral, 1re partie, anatomie, histologie): MM. Richet, Panas et Humbert.—2e (ancien régime, oral): MM. Gosselin, Fernet et Joffroy. — 2e (ancien régime, oral): MM Le Fort, Duguet et Grancher.— 2e (ancien régime, oral): MM. Hardy, Brouardel et Richelot. — 4e : MM. Peter Laboulbène et Troisier.

Samedi 23. — 5e examen, à 4 heures (salle des thèses). Composition écrite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de l'agrégation.* — La première épreuve (épreuve écrite) s'est terminée lundi soir. Mardi les candidats réduits au chiffre de 17, par suite du désistement de MM. Ballet, Merklen et Osmont, ont tiré au sort l'ordre dans lequel ils subiraient la seconde épreuve (épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation sur une question de pathologie interne), laquelle a commencé mercredi et se continuera jusqu'au vendredi 22 décembre inclusivement.

Les candidats ci-après désignés ont subi cette seconde épreuve et ont eu les questions suivantes:

Mercredi 13 décembre : 1o M. Robin, De la pleurésie purulente; 2e M. Brousse, De l'urticaire (s'est retiré du concours).

Jeudi 14 : 1o M. Clément, Névralgie du trijumeau ; 2e M. Grenier, De l'angine syphilitique (s'est retiré du concours).

Vendredi 15 : 1° M. Dreyfous, Méningite tuberculeuse aiguë chez les enfants ; 2° M. Dreyfus-Brisach, Dysenterie sporadique.

Samedi, 16 : M. Hanot, Gangrène du poumon ; 2° M. Artigalas, Apoplexie pulmonaire.

Les autres candidats feront leurs leçons dans l'ordre suivant :

Lundi 18 : MM. Bard et Hutinel.

Mardi 19 : MM. Schmidt et Du Castel.

Mercredi 20 : MM. Quinquaud et Letulle.

Jeudi 21 : MM. Baumel et Blaise.

Vendredi 22 : M. Leroy.

Chambre des députés. — M. Giard, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences de Lille, a été nommé hier député de la 1re circonscription de Valenciennes par 7 028 voix contre 6 514 donnnées au candidat conservateur.

— Par décret en date du 10 décembre 1882, M. Ribadieu (Jules-Auguste-Robert), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité, a été élevé au grade de médecin-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Un concours pour deux places d'interne dans les asiles d'aliénés de la Seine a été ouvert le 4 décembre. Il y a 16 candidats. Les membres du jury sont MM. Ball, Dagonet, Falret, Hallopeau, Legrand du Saulle, Magnan et Nicaise.

Conseil municipal de Paris. — *Commission du budget.* — Extrait de la séance du lundi 11 décembre. Sous-chapitre 6. Personnel attaché au service des administrés. — M. le rapporteur (le Dr Loiseau) rappelle que les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux reçoivent une indemnité de déplacement qui varie de 1 200 à 1 500 francs, selon que l'hôpital est, ou non, considéré comme excentrique. L'Administration, en vue d'atténuer dans une certaine mesure la charge qui incombe aux chefs de service, propose de fixer cette indemnité, pour les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux situés dans Paris, au taux uniforme de 2 000 francs: Celle attribuée aux médecins et chirurgiens attachés à des établissements hors Paris serait portée de 3 000 à 3 500 francs. Celle des médecins et chirurgiens du bureau central de 600 à 1 000 francs ; elle serait fixée à 3 000 francs pour Sainte-Périne.

M. le président (M. Germer Baillière) ne voit pas la nécessité de cette augmentation. La nouvelle allocation attribuée aux médecins des hôpitaux serait plus qu'une indemnité, sans être encore un traitement.

M. le rapporteur ajoute qu'autrefois cette indemnité ne dépassait pas 600 francs, et cependant les candidats aux fonctions de médecin des hôpitaux n'ont jamais manqué. Le corps médical a toujours fait preuve d'un dévouement que n'accroîtra pas un supplément d'allocation.

M. le Dr Levraud fait observer que les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'ont jamais, à leur grand honneur, sollicité une augmentation de leur indemnité. Il convient de conserver à celle-ci son but, qui n'est autre que de rembourser à ceux qui mettent leur talent au service des malades les frais de voitures que leur occasionnent ces fonctions.

Les propositions de l'Administration, relatives à l'augmentation des indemnitées allouées au corps médical, sont repoussées.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 8 *au* 14 décembre 1882. — Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 7. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 70.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 57.

Bronchite aiguë, 45. — Pneumonie, 75. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 25; inconnu, 2. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 105; l'appareil circulatoire, 70; l'appareil respiratoire, 93; l'appareil digestif, 44; l'appareil génito-urinaire, 17; la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 3; fièvre infectieuse, 3; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 11. — Nombres absolus de la semaine, 1094. — Résultats de la semaine précédente : 1135.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir :

Une atténuation pour la fièvre typhoïde (49 décès au lieu de 62 pendant la 49e semaine);

Une aggravation pour la diphthérie (48 décès au lieu de 34).

Au sujet de la fièvre typhoïde, nous croyons devoir appeler l'attention sur l'immunité relative dont a joui la garnison durant l'année 1882. Tandis que cette affection a causé parmi la population civile 1000 décès environ de plus qu'en 1880 et 1881, la population militaire, malgré le tribut payé par elle à l'épidémie régnante, a compté un nombre de victimes bien inférieur à celui enregistré pour les années précédentes. C'est ce qui résulte du relevé suivant.

	1880 —	1881 —	1882 moins les résultats des deux dernières semaines. —
Population civile....	1856	1889	2987
Population militaire.	264	232	161

Ainsi, pendant ces trois années, le chiffre des décès typhoïdiques a toujours été en augmentant pour la population civile et il a, au contraire, diminué dans des proportions remarquables pour la population militaire.

Si, comme nous le croyons, le chiffre de la garnison parisienne n'a subi durant cette période que des variations sans importance et si, d'autre part, les soldats atteints d'affections épidémiques ont continué à être dirigés, comme par le passé, sur les hôpitaux situés intra-muros, les chiffres accusés par ce relevé méritent d'appeler l'attention. La diminution de la mortalité ne pourrait être en effet que le résultat de mesures d'hygiène mieux appliquées ou mieux comprises et il y aurait sans doute, dans la connaissance des moyens employés, des enseignements dont on pourrait tirer profit pour la santé de la population tout entière.

Dr BERTILLON.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

RÉGIE DES JOURNAUX DE MEDECINE

PARIS, DEPARTEMENTS ET ETRANGER

BUREAUX ET ADMINISTRATION : 6, rue Gît-le-Cœur, PARIS

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 72 JEUDI 21 DÉCEMBRE 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29ᵉ Année. — Tome II. — N° 72. Jeudi 21 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 20 *décembre* 1882.

L'Académie a procédé hier à diverses élections. La plus émouvante était celle d'où devait sortir un membre titulaire dans la section de pathologie médicale; les candidats étaient nombreux et l'on voyait relégués à la fin de la liste de présentation de la commission des noms devant lesquels les portes de l'Académie ne tarderont pas à s'ouvrir. L'aspect de l'assemblée, dans ces jours de grande bataille, est assez curieux; aucune place n'est vide et, de l'échange de toutes ces émotions diverses, résulte un vacarme qu'un chirurgien, dont la voix ne pouvait dominer ce tumulte, a caractérisé d'un mot aussi peu parlementaire que vrai.

M. le professeur Potain a été élu par 40 voix sur 76 votants, puis M. Siredey, placé en seconde ligne par la commission, venait également en seconde ligne avec 18 voix; M. le professeur Ball a eu 12 voix; enfin 3 sont allées à M. Cadet de Gassicourt, 2 à M. Lecorché et 1 à M. Bouchard.

L'Académie a nommé son vice-président pour l'année 1883, qui deviendra son président pour l'année 1884. L'honneur revenait cette fois à la section de chirurgie ; M. Alphonse Guérin a été nommé par 60 voix sur 78 votants.

M. Bergeron, depuis trois ans secrétaire annuel, et que l'on s'apprêtait à nommer de nouveau par acclamation, a formellement refusé cet honneur et cette charge; et l'Académie s'est brusquement trouvée dépourvue de candidat; cependant 41 voix sont allées à M. Proust qui a été élu. MM. Hervieux et Perrin ont été nommés membres du conseil.

A la fin de cette séance, la parole a été donnée à M. le professeur Hayem pour une communication d'un haut intérêt. M. Hayem a voulu comparer la valeur des injections d'éther et celle de la transfusion dans les cas de mort imminente par hémorrhagie. Il a fait ses expériences sur des chiens et il a remarqué qu'en soustrayant à des animaux en bonne santé une quantité de sang égale au dix-neuvième du poids du corps, on amenait ainsi divers phénomènes, convulsions cloniques et contractures, après lesquels les animaux succombaient; c'est là l'extrême limite, car en enlevant seulement un vingtième du poids du corps les animaux pouvaient être rappelés à la vie. Or, dans ces cas de mort imminente par hémorrhagie, les injections sous-cutanées d'éther ne donnent aucun résultat appréciable, tandis que les injections de sang défibriné ou même de sérum pur peuvent rappeler à la vie les animaux près de succomber. Ce sont là des résultats essentiellement pratiques et dont la thérapeutique fera son profit. A. Ch.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite (1). (*Suite.*)

Par M. L. MARTINEAU,
Médecin de l'hôpital de Lourcine.
Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

Les eaux ferrugineuses trouvent ici leur emploi. La Bourboule, la Reine du fer (Vals), Renlaigue (Puy-de-Dôme), Orezza (Corse, Forges (Seine-Inférieure), Andabre (Cantal), Provins (Seine-et-Marne). On peut, suivant les cas, ordonner aussi les eaux bicarbonatées sodiques, chlorurées, ferrugineuses de Saint-Nectaire (source rouge), Royat, La Malou, Châteauneuf (Puy-de-Dome); les eaux sulfatées calciques, ferrugineuses de Bagnères-de-Bigorre et les eaux déjà mentionnées : Luxeuil, Ussat, Bains, etc., etc.

Dans le traitement de cette métrite comme pour les précédentes, il est nécessaire de tenir compte de la modalité clinique. Ainsi vous prescrirez les eaux de Saint-Nectaire, Châteauneuf, Royat, La Malou, aux malades atteintes d'une métrite torpide sans réaction, à ulcération blafarde, écoulement leucorrhéique purulent, adéno-lymphite non douloureuse et non compliquée de pelvi-péritonite, sans ménorrhagie, accompagnée de dyspepsie non gastralgique. Vous prescrirez de préférence Vichy, si la métrite est congestive avec ménorrhagie, si la dyspepsie est gastralgique.

Vous prescrirez de préférence Ussat, Saint-Sauveur, les Eaux-Chaudes, Bagnères-de-Bigorre, Luxeuil, Plombières, Néris, s'il existe un état nerveux excessif, une adéno-lymphite douloureuse, compliquée de périadénite, de pelvi-péritonite, une mémorrhagie fréquente.

Les eaux de Sylvanès, de Saint-Christau, seront ordonnées alors que la métrite est torpide, sans réaction, qu'il existe une ulcération saignante, profonde, une adéno-lymphite volumineuse, non douloureuse. Dans ces conditions, on peut aussi avoir recours aux eaux sulfureuses de Luchon, de Cauterets.

La syphilis, ai-je dit, peut se montrer sur l'utérus, à l'état de syphilides papuleuses, érosives. C'est une véritable éruption de la muqueuse. D'autres fois, sous l'influence de la syphilis, l'utérus devient malade, il y a véritablement métrite syphilitique. D'autres fois aussi, et c'est le cas le plus commun, la syphilis ne fait qu'appeler sur l'utérus les manifestations d'une diathèse (scrofule, arthritis). M. N. Gueneau de Mussy a dit, avec beaucoup de justesse, que « la

(1) V. *France médicale*, n°s 53, 54, 57, 64, 65, 66 et 69.

syphilis est un fumier où germent avec une grande facilité les autres maladies constitutionnelles. » Ricord, en créant l'expression de *scrofulate de vérole*, avait exprimé la même idée.

La métrite syphilitique réclame une thérapeutique active. Pour guérir rapidement, donnez le mercure et l'iodure de potassium suivant la méthode que j'ai établie dans mes leçons sur la thérapeutique de la syphilis.

Vous aurez, en outre, recours aux préparations ferrugineuses, aux toniques.

Il n'existe pas d'eaux minérales spécifiques de la syphilis. Mais les eaux sulfureuses, et j'y ai insisté trop pour y revenir, vous rendront de notables services. En outre, certaines eaux minérales sont utiles par suite de l'existence simultanée de la syphilis et d'une autre maladie constitutionnelle. Ainsi vous prescrirez les eaux sulfureuses, les eaux sulfatées calciques,les eaux arsenicales, les eaux ferro-cuivreuses, les eaux ferrugineuses, les eaux bicarbonatées sodiques, chlorurées, lithinées, suivant que la malade sera syphilitique et scrofuleuse, arthritique, herpétique et chlorotique. Ici encore vous tiendrez compte de la modalité clinique de la métrite.

Le traitement de la métrite tuberculeuse ne comporte aucune médication spéciale, on ne connaît pas de médicaments spécifiques contre le tubercule. Aussi se borne-t-on à prescrire un traitement tonique analogue à celui de la scrofule. On donne des toniques et des modificateurs généraux (huile de foie de morue, phosphate de soude et de chaux, chlorure de sodium et d'or, arséniate de soude, antiscorbutiques, quinquina et vins tanniques de Banyuls, de Saint-Raphaël). Lorsque le vin de quinquina ne peut être supporté, vous le remplacerez avantageusement, ainsi que l'a proposé mon collègue et ami, le Dr Dujardin-Beaumetz, par la préparation suivante :

Phosphate de soude............	6	grammes.
Phosphate de potasse...........	3	—
Vin de Banyuls.................	200	—
Sirop d'écorces d'oranges	60	—

Un verre à liqueur à la fin de chaque repas.

La métrite tuberculeuse ne réclame pas un traitement par les eaux minérales. Toutefois, les eaux sulfureuses de Cauterets, Eaux-Chaudes, Eaux-Bonnes, Allevard, pourront être utiles, ainsi que les eaux arsenicales et les eaux indéterminées dans le cas où l'affection utérine sera à son début; que la lésion sera superficielle; que la leucorrhée sera peu abondante; que la ménorrhagie sera peu accusée ; que l'adéno-lymphite sera chronique, non douloureuse et non compliquée. Mais, tout en voulant diriger contre cette métrite un traitement minéral, n'oubliez pas, Messieurs, que le plus ordinaire-

ment il faut respecter cette affection, surtout la ménorrhagie, qui constitue un de ses symptômes, et qui alterne souvent avec l'hémoptysie. Souvent alors on voit la suppression des ménorrhagies donner à l'affection pulmonaire une marche rapide ou même la faire éclater si jusque-là elle était restée latente.

Dans mon traité de gynécologie, je me suis expliqué sur l'existence et l'origine de la métrite cancéreuse. Je vous y renvoie pour plus amples détails.

Comme médication générale, les plus grands efforts ont été faits. On a employé tour à tour les médicaments les plus divers. Aucun succès n'a été obtenu soit avec les sels d'or, les sels arsenicaux, les sels potassiques, mercuriels et iodiques, etc. Dernièrement on a expérimenté la térébenthine de Chio. J'ai voulu me rendre compte de l'action de celle-ci et j'ai employé la formule donnée par le médecin anglais J. Clay, qui l'a préconisée le premier :

Térébenthine de Chio	....	6 grammes.
Fleur de soufre	....	4 —

F. S. A. 30 pilules. De 3 à 8 par jour, 1/2 heure après le repas.

Je n'ai constaté aucun résultat. Cependant, j'ai fait la remarque suivante : c'est qu'en mélangeant le mastic et la fleur de soufre car il est très difficile de se procurer de la térébenthine *pure de Chio*, on obtient des succès dans les cas de métrite chronique avec poussées congestives, douloureuses et ménorrhagies. Sous cette influence, les poussées congestives, les ménorrhagies diminuent, disparaissent même et les douleurs cessent.

J'emploie la même formule que ci-dessus, et je fais prendre de 2 à 6 pilules par jour, pendant le repas. Je tiens un grand compte de la tolérance gastro-intestinale.

Le traitement minéral de la métrite cancéreuse est non seulement inutile, mais nuisible. Il favorise le développement du néoplasme, ainsi que j'ai eu à le constater plusieurs fois sur des malades dirigées à tort sur les stations minérales; il ne faut donc pas, en principe, envoyer une malade atteinte d'un cancer de l'utérus aux eaux minérales. En pratique, quelquefois le médecin est moralement obligé à conseiller une station minérale à une malade dont le moral est affecté et l'esprit inquiet. Dans ce cas spécial, et alors surtout que les douleurs abdominales seront atroces, violentes, que l'insomnie sera persistante, l'appétit nul, les forces épuisées, la métrorrhagie fréquente, on pourra prescrire les eaux de Saint-Nectaire, Vichy, Royat, afin de pouvoir donner des bains et des douches d'acide carbonique. Vous savez, d'après les expériences de Follin, Charles Bernard, Demarquay, Monod, que le gaz acide carbonique est un puissant sédatif des douleurs utérines et de la ménorrhagie.

Sous cette influence, l'esprit de la malade est moins inquiet, l'insomnie disparaît; les fonctions digestives s'améliorent; l'appétit renaît; les forces se relèvent; l'organisme se reconstitue; il se produit en un mot un remontement général, suivant la célèbre expression de Bordeu. Malheureusement cette amélioration est devenue passagère, et le médecin n'a d'autre satisfaction que celle d'avoir procuré un soulagement de quelques semaines, parfois de quelques mois, à sa malade.

Telle est, Messieurs, la médication générale, la médication thermale et minérale que le médecin doit avoir en vue dans le traitement de la métrite constitutionnelle et de ses modalités cliniques.

Quant au traitement général de la métrite non constitutionnelle, il ne comporte aucune indication spéciale. Il faut s'adresser à la médication analeptique et reconstituante (fer, quinquina, arsenic). Les eaux minérales chlorurées, sulfureuses, bicarbonatées, sulfatées calciques, arsenicales, ferrugineuses, dont l'action reconstituante et résolutive est si active, seront prescrites avec le plus grand avantage. Il en est de même de l'hydrothérapie et de la thérapie marine.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

VARICES PROFONDES ET COUP DE FOUET, par *M. Terrillon*, chirurgien des hôpitaux (*Bulletin de thérapeutique*, 30 mai 1882).—Au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, en 1876, à Clermont-Ferrand, M. Verneuil attirait l'attention sur certaines formes de coup de fouet dans un travail qui se terminait par les conclusions suivantes:

1° Le coup de fouet est caractérisé anatomiquement par la production, sous l'influence des contractions musculaires, de ruptures tendineuses, musculaires, aponévrotiques et vasculaires dans la région du mollet.

2° L'existence de varices profondes sera une coïncidence dangereuse pouvant assombrir le pronostic de la lésion et amener des accidents plus ou moins graves.

3° L'anatomie pathologique démontrera peut-être un jour que certaines variétés du coup de fouet consistent exclusivement dans la rupture d'une bosselure veineuse intra ou extra-musculaire.

M. Terrillon a pu réunir trois observations qui viennent à l'appui des conclusions formulées par M. Verneuil. Dans la première il s'agit d'une femme de soixante-quatorze ans chez laquelle les symptômes, à défaut d'examen anatomique, laissent peu de doute sur l'existence d'un cas de coup de fouet par rupture de veines variqueuses. M. Ter-

rillon put en effet constater l'empâtement du mollet, l'ecchymose n'apparaissant qu'après quelques jours, et la dilatation consécutive des veines superficielles. Depuis longtemps la malade présentait des symptômes manifestes de varices profondes. La rupture a été provoquée par un effort musculaire, la contraction des fibres musculaires du triceps a suffi pour déterminer une rupture, en augmentant momentanément, mais brusquement, la tension du sang dans l'intérieur des veines. Les symptômes qui ont suivi, le gonflement, l'ecchymose tardive, les phénomènes inflammatoires, étaient dus à cette phlébite traumatique. Les bosselures qui ont persisté longtemps après étaient le résultat de la phlébite des varicosités dans les veines malades, et si la malade n'avait pas été condamnée au repos, il est probable qu'on aurait vu survenir chez elle un phlegmon plus ou moins étendu.

Dans les deux autres cas, au moment où s'est produite la douleur perçue par la malade, une veine ou une ampoule veineuse occupant l'épaisseur du mollet s'est rompue et immédiatement s'est produit un épanchement sanguin plus ou moins abondant. L'hématome ainsi constitué a été la cause immédiate de l'empâtement de la région et des phénomènes réactionnels qui ont été assez marqués à ce niveau. Enfin par le fait de cette légère inflammation locale, les veines du voisinage se sont prises par continuité et ont présenté les symptômes ordinaires de la phlébite.

Ces phénomènes durent ordinairement de huit à quinze jours et il est rare qu'ils persistent au delà avec un caractère franchement inflammatoire.

Le traitement exige le repos, les réfrigérants appliqués sur la région, et surtout la compression. Comme prophylaxie, une précaution indispensable est de porter un bas élastique ; cette précaution avait été omise par les malades dans presque tous les cas signalés.

A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *décembre* 1882. — *Présidence de M.* Gavarret.

La Correspondance comprend : 1° des lettres de MM. Féréol et Ch. Brame (de Tours), candidats dans la section de thérapeutique ; 2° une lettre de M. Mascarel (de Châtellerault), candidat au titre de membre correspondant national dans la section de médecine.

M. Béclard présente, de la part de M. le Dr Rondeau, un nouveau système de sondes conductrices destinées à concourir pour le prix Amussat.

M. Tarnier présente de la part de M. le Dr Queirel, de Marseille, une observation de placenta double.

M. Depaul présente, de la part de M. le Dr Galippe, un rapport adressé au ministre de l'intérieur sur l'enseignemeut de l'odontologie en Angleterre.

M. Depaul présente également, de la part de M. le Dr Chassagny, de Lyon, un appareil qu'il appelle élytro-ptérygoïde et qui est destiné à produire l'hémostase, la dilatation du col et l'ocytocie.

M. Labbé présente, de la part de M. le Dr Maurice Dupont, un pulvérisateur à gaz.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Potain ; en 2e ligne, M. Siredey ; en 3e ligne, M. Lecorché ; en 4e ligne, M. Cadet de Gassicourt ; en 5e ligne, M. B. Ball ; en 6e ligne, M. Bouchard.

Sur 76 votants, majorité 39, M. Potain est élu au premier tour de scrutin par 40 voix contre 18 données à M. Siredey, 12 à M. B. Ball, 3 à M. Cadet de Gassicourt, 2 à M. Lecorché, 1 à M. Bouchard.

L'Académie procède ensuite à l'élection du vice-président pour l'année 1883, M. Hardy, vice-président pour l'année 1882, devenant de droit président pour l'an prochain.

Sur 78 votants, majorité 40, M. Alphonse Guérin est élu au premier tour de scrutin par 69 voix contre 4 données à M. Verneuil, 2 à M. Fauvel, 1 à M. Rochard, 1 à M. Jules Guérin, 1 à M. Gueneau de Mussy.

L'Académie procède à l'élection du secrétaire annuel,

Sur 69 votants, majorité 35, M. Proust est élu en premier tour de scrutin par 41 voix, contre 12 données à M. Hervieux, 4 à M. Besnier, 3 à M. Parrot, 1 à M. Collin, 1 à M. Labbé, 1 à M. Moutard-Martin, 1 à M. Duplay, 1 à M. Gariel, 1 à M. Chéreau, 1 à M. Bucquoy, 1 à M. Villemin, 1 bulletin blanc.

Deux membres du conseil sont enfin élus ; ce sont MM. Hervieux, élu par 53 voix sur 55 votants, et Perrin, élu par 46 voix sur 48 votants.

DE LA VALEUR DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER DANS LE CAS DE MORT IMMINENTE PAR HÉMORRHAGIE. — *M. Hayem.* La transfusion trouve peu d'adeptes en France, cependant elle ne mérite pas les critiques que lui ont adressées quelques chirurgiens. Au dernier congrès, à la Rochelle, M. Verneuil, combattant la transfusion comme dangereuse et inutile, déclara lui préférer les injections sous-cutanées d'éther, qui visaient le même but.

M. Hayem a fait des expériences destinées à éclairer cette question. L'animal le plus convenable dans ce but est le chien. Si on laisse écouler le sang de l'animal par une grosse artère, au bout de peu de temps, il se produit des convulsions, alors la mort est imminente, même lorsqu'on arrête l'hémorrhagie.

En pareil cas la transfusion, pratiquée immédiatement, peut seule ramener l'animal à la vie ; au contraire l'action des injections d'éther est absolument inappréciable.

Pour voir si les injections d'éther n'ont pas quelque utilité quand l'hémorrhagie est moins foudroyante, M. Hayem a fait de nouvelles expériences. Quand l'hémorrhagie devient très grave, ses chiens ont des mouvements cloniques passagers et quelques raideurs dans les jambes ; c'est là le critérium. En retirant à ce chien une quantité de sang s'élevant à un dix-neuvième du poids du corps, l'animal est condamné à mort. Il y a des différences individuelles, car la mort survient parfois après quelques minutes, parfois au bout de plusieurs heures ; quelques chiens vigoureux tombent dans la résolution et peuvent rester quelque temps ainsi, mais tous succombent.

Cette quantité de un dix-neuvième est bien choisie ; car si on ne retire que la vingtième partie du poids du corps, la plupart des animaux survivent.

Les injections d'éther faites chez des animaux près de succomber n'ont donné aucun résultat. Le seul fait qui ait dû attirer l'attention de M. Hayem c'est une excitation des battements du cœur. Au contraire chez les chiens auxquels on a fait une injection de sang défibriné, quelques-uns ont pu être rappelés à la vie.

Mlle Ocounkoff prétend que chez les animaux qui ont subi une forte hémorrhagie les injections d'éther élèvent la température ; M. Hayem n'a rien remarqué de ce genre. Le nombre des pulsations s'accroît, il est vrai, mais il en est ainsi dans toutes les hémorrhagies. Si d'autre part on a égard à ce fait que l'éther, comme tous les anesthésiques, a une action asphyxiante, on est porté à mettre en doute son utilité dans ces cas. Peut-être l'éther donne-t-il quelques résultats chez les malades déprimés par une hémorrhagie abondante, sans être cependant en danger de mort, mais il ne peut ramener les malades à la vie.

L'injection de sang défibriné, même de sérum pur, peut au contraire donner les meilleurs résultats.

Présentation d'appareils. — M. Bonnefoy présente un appareil destiné au traitement des fractures.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

NOUVELLES

Conseil municipal de Paris. — *Commission du budget.* — Extrait de la séance du 13 décembre.

M. Cernesson dit que le troisième million demandé par l'Assistance publique pourrait être employé à commencer des opérations nouvelles, telles, par exemple, que la création d'un hôpital-hospice.

M. le Directeur déclare se rallier à cette proposition. Parmi les besoins les plus urgents de l'Assistance publique, celui qu'il faut placer en première ligne, c'est la création d'un hôpital-hospice.

Le nombre de lits dans les établissements hospitaliers est tout à fait insuffisant. La population de Paris a considérablement augmenté, les hôpitaux sont restés à peu près les mêmes.

Il faut remarquer d'ailleurs que l'accroissement de la population parisienne est dû surtout à une catégorie de gens sans fortune, qui viennent essayer de la trouver et qui sont loin de réussir tous, de sorte que la population nécessiteuse augmente dans une proportion beaucoup plus rapide que la population elle-même.

Le nombre de lits étant resté à peu près stationnaire, le bureau central d'admission se voit tous les jours obligé de refuser des malades dont la situation réclamerait des soins hospitaliers. Par contre, beaucoup de maladies chroniques et incurables entrent dans les hôpitaux et y séjournent longtemps; ils y occupent des lits qui pourraient être remplis par des malades aigus, pour lesquels les soins médicaux seraient efficaces.

Ces deux causes produisent dans les salles un encombrement dangereux; des brancards sont ajoutés aux lits réglementaires; l'entassement des malades vicie l'air et augmente les dangers d'infection, au grand mécontentement des médecins et au grand préjudice des malades.

L'épidémie de fièvre typhoïde a été vaincue; aucun typhique n'a été refusé dans les hôpitaux; mais les membres du Conseil municipal savent ce qu'il a fallu déployer d'activité, d'énergie, pour arriver à improviser tout près de mille lits en quelques jours. Une grande ville comme Paris devrait être toujours prête pour parer à ces éventualités.

C'est dans ce but que M. le Directeur avait demandé au ministre de la guerre l'autorisation d'établir dans les bastions non occupés des baraquements qui deviendraient pour l'Assistance une précieuse ressource.

En attendant, les salles sont toujours encombrées; il faut des lits.

Il était important de savoir si les lits manquant à Paris sont des lits d'hospice ou des lits d'aigus. Un dénombrement très exact a été fait; en voici le résultat.

Il y avait, le jour du recensement, dans les hôpitaux généraux, non compris, bien entendu, les hôpitaux spéciaux : Saint-Louis, Midi, Lourcine, Maison de santé, Maison d'accouchements, Clinique, Enfants-Malades, Trousseau, 4,513 lits inscrits au budget, et 5,616 lits occupés; 2,579 l'étaient par des malades aigus; 2,270 par des malades chroniques et 767 par des infirmes. D'où cette conclusion que ce qui manquait pour le fonctionnement régulier des services hospitaliers, c'était plutôt un hôpital-hospice qu'un hôpital proprement dit, et c'est pour cela que M. le Directeur fait figurer au budget, au chapitre des subventions extraordinaires, le projet d'un hôpital-hospice.

Les demandes d'admicsion dans les hospices croissent journellement.

En 1872, on en comptait.....	1,820
En 1877 — —	2,205
En 1881 — —	2,703

En 1882, elles ont dépassé 3,100 (30 novembre 1882) et il restait encore un mois.

Il y a, à l'heure qu'il est, plus de 1,500 demandes d'admission dans les hospices classés par la Commission, *hors tour* ou très urgentes; ces vieillards devraient être placés immédiatement dans les hospices, si la place ne manquait pas.

Si on ajoute à ce chiffre les demandes reconnues admissibles (urgentes 43, justifiées 222), on arrive à un chiffre de 2,125 indigents qui devraient être dans les hospices : il n'est pas question de demandes en instruction.

Les pensions représentatives ont certainement soulagé beaucoup de vieillards ; mais elles ne peuvent être utiles qu'à ceux qui ont encore une famille, et elles sont pour ainsi dire l'antichambre de l'hospitalisation qui finit presque toujours par être indispensable.

Voilà donc 2,125 vieillards qui attendent, au milieu des souffrances par le froid, par la faim, une place qui n'arrivera pas pour le plus grand nombre. A chaque terme, des propriétaires, fatigués de n'être point payés, jettent sur le pavé des vieillards qui ne peuvent pas être tous recueillis. Quelques-uns sont envoyés par la police dans les dépôts de mendicité, à Saint-Denis, à Villers-Cotterets, ce qui est bien douloureux pour un homme qui a passé sa vie à travailler et qui a toujours été honnête.

M. le Directeur n'a pas à rechercher ici les causes qui ont produit cette augmentation de demandes d'admission dans les hospices. L'accroissement de la population n'est pas la seule de ces causes; il y a aussi, et surtout la rareté et l'exiguité des petits logements dans lesquels il y a, le plus souvent, impossibilité de réserver un coin pour le vieux père ou pour l'aïeule.

Ce qui est certain, c'est que les lits d'hospice font défaut, et que la grande ville de Paris est obligée de laisser sans abri un grand nombre de ses vieillards et de ses infirmes.

Cette situation peut-elle durer?

Messieurs les Conseillers municipaux des quartiers excentriques peuvent constater tous les jours des faits douloureux et navrants; le Conseil ne voudra pas laisser se prolonger un état de choses qui soulève les protestations légitimes de la population.

Cela est si vrai que, tous les jours, l'Administration reçoit, à côté des demandes individuelles faites par les vieillards ou leurs familles, des demandes signées par les habitants d'une maison, par les voisins qui signalent des vieillards abandonnés, sans soins, dans des grabats, et qui n'échappent à la mort que par la commisération de voisins presque aussi pauvres qu'eux.

Ces considérations décideront le Conseil, toujours si généreux quand il s'agit de misères à secourir, à adopter en principe la création d'un hôpital-hospice. L'administration de l'Assistance publique fournirait le terrain; on construirait les services généraux et un pavillon; puis successivement, chaque année, on ajouterait un pavillon nouveau jusqu'à ce qu'on ait pu mettre 2,200 lits à la disposition des vieillards et des chroniques.

Le bénéfice serait double; les vieillards ne resteraient plus sans soins et sans abri, et les hôpitaux, débarrassés des chroniques, auraient une place suffisante pour tous les malades aigus.

Quant à un hospice des petits incurables, il répond à une nécessité. Tous les jours, on amène à l'administration des enfants de 12 à 13 ans, culs-de-jattes, estropiés, dans un état épouvantable. L'Assistance publique n'a pas d'établissement pour les recevoir. Elle est obligée d'avoir recours à l'hospice des frères Saint-Jean-de-Dieu : elle n'y envoie pas les enfants directement, mais elle indique qu'il y a, en dehors de l'Assistance publique, un établissement qui se charge de ces pauvres enfants.

M. le Directeur ressent une humiliation profonde chaque fois qu'il se voit forcé de confesser l'impuissance de l'administration; il faut combler cette regrettable lacune. D'ailleurs les frères n'ont que 220 places exclusivement réservés aux garçons.

Le Conseil municipal connait cette situation puisqu'il est obligé d'accorder une subvention à l'établissement des frères de Saint-Jean-de-Dieu. Il ne faut pas qu'il soit dit que l'Administration ne peut pas rendre à la population parisienne les services que rendent les congréganistes. Paris, chose incroyable! n'a pas d'hôpital de varioleux. L'Administration est condamnée à promener la variole de quartier en quartier, en établissant un foyer varioleux tantôt à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, ce qui empoisonne le quartier de la Sorbonne, tantôt à Saint-Antoine, ce qui empoisonne le quartier des Quinze-Vingts.

Un hôpital de varioleux à proximité de Paris, loin de toute habitation, est réclamé depuis longtemps par les médecins et par la population.

Le terrain est tout prêt, il n'y a qu'à se mettre à la besogne.

La Commission, consultée, vote la subvention extraordinaire de 3 millions demandée au budget supplémentaire et décide que cette somme sera employée, jusqu'à concurrence de 2 millions, à la continuation de travaux de grosses réparations; pour le surplus, à la création de nouveaux établissements hospitaliers dont la nature sera fixée par le Conseil municipal, sur le rapport de la 8e Commission.

Sous-chap. 21, secours à domicile.

M. le Directeur expose que le Conseil de surveillance demande sur ce sous-chap. un supplément de 581,000 francs.

Indemnités aux internes en pharmacie..........	19,500 »
Secours de nourrice et d'allaitement...........	150,000 »
Secours aux aveugles, paralytiques et vieillards.	411,000 »
Ensemble................	581,000 »

Cette allocation permettra, d'une part, de reviser et de mettre mieux en harmonie avec les besoins actuels la répartition des secours à cette dernière catégorie de malheureux, et d'autre part, de venir en aide efficacement, comme on le fait pour les filles-mères, aux mères de famille que le manque de lait ou une alimentation insuffisante empêche d'allaiter leur enfant. M. le Directeur prie la Commission de lui allouer ce supplément de crédit.

Adopté.

Hôpitaux de Paris. — Les mutations dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris, qui avaient été provisoirement suspendues, sont aujourd'hui terminées. M. le Dr Marchand reste à l'hôpital Cochin où sera probablement installée une salle de gynécologie de 15 à 20 lits; M. le Dr Berger passe à l'hôpital de Bicêtre, en remplacement de M. Gillette, et M. le Dr Pozzi passe à Lourcine, en remplacement de M. Berger.

École de médecine de Toulouse. — M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est chargé, en outre, du cours de pathologie externe à ladite école.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 1er décembre 1882, M. Cotte (Paul-Melchior-Jean-Baptiste), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité, a été nommée au grade de médecin-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

Préfecture de police. — Par arrêté préfectoral du date du 13 décembre 1882, M. le Dr Kéraval est nommé médecin adjoint au dispensaire de salubrité, en remplacement de M. le Dr Leroux, démissionnaire.

Libéralités. — M. Galignani, le libraire anglais de la rue de Rivoli, a laissé un nombre considérable de legs, parmi lesquels nous relevons les suivants :

120,000 fr. à l'hospice de Corbeil, où il avait sa maison de campagne; 120,000 fr. à l'orphelinat de la même ville ; 7,000 mètres de terrain, situés boulevard Bineau; un titre de rente de 5 0/0 de 70,000 fr., plus deux maisons à Paris, dont le revenu dépasse 100,000, pour fonder une maison de retraite destinée aux gens de lettres, aux anciens libraires et anciens typographes, âgés de plus de 60 ans.

Cette maison recevra cent personnes, dont cinquante devront payer une pension de 500 fr. par an ; les cinquante autres places ne seront soumises à aucune rétribution.

Nécrologie — M. Kock, médecin dosimétriste, avenue Parmentier, 88, est mort d'une affection cardiaque le lundi 18 décembre, à l'âge de 43 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, *rue Hautefeuille*, 19.

Traité de diagnostic et de séméiologie comprenant l'exposé des procédés physiques et chimiques d'exploration médicale, auscultation, percussion, cérébroscopie, sphymographie, laryngoscopie, mycroscopie, analyse chimique, et l'étude des symptômes fournis par les troubles fonctionnels, par E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un vol. in-8°, 720 pages, avec 160 figures. 12 fr.

Précis de toxicologie, par le docteur A. Chapuis, agrégé de chimie à la Faculté de médecine de Lyon, pharmacien en chef de l'hospice de l'Antiquaille. Un vol in-18 jésus, 736 pages, avec 43 figures intercalées dans le texte, cart. 8 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 73 SAMEDI 23 DÉCEMBRE 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur

SOMMAIRE

29 Année. — Tome II. — N° 73. Samedi 23 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Asphyxie due à l'oblitération de la trachée par des bouchons caséeux venant d'un ganglion tuberculeux ouvert dans les voies aériennes.

Par M. Poupon,
Interne des hôpitaux.

(Communication à la Société clinique.)

Le 21 octobre on amène à l'hôpital des Enfants un petit garçon appelé Dumoineau et âgé de 5 ans 1/2. Les parents affirment à l'interne de garde que cet enfant qui était jusque-là bien portant a été pris l'avant-veille d'un accès de suffocation pour lequel ils ont appelé un médecin qui a fait le diagnostic de croup. Dans l'intervalle de cet accès l'enfant était assez calme, à ce qu'avait remarqué la famille. On reçut cet enfant pour le pavillon d'isolement où il fut placé au lit n° 6. Le soir même j'examinai l'enfant et je ne lui trouvai rien dans la gorge. Pas de ganglions sous-maxillaires, pas de ganglions cervicaux. Auscultation absolument négative. La voix et la toux ne présentaient nullement les caractères qu'elles ont dans le croup. Pensant dès lors que nous avions affaire à une affection de toute autre nature, je recommandai à la sœur de service de surveiller l'enfant d'une façon spéciale. Le lendemain matin, M. le Dr Bouchut, apprenant que pendant la nuit l'enfant avait eu un accès de suffocation, prescrivit 25 milligrammes d'émétique. Dans la journée du 22 l'enfant est repris d'un nouvel accès de suffocation. La sœur nous dit que cet accès ressemblait à un véritable accès d'asthme et que l'enfant pendant l'accès avait un sifflement intense. Dans l'intervalle de ces accès l'enfant était dans un calme absolu. Pas trace de fièvre. On pensa alors à un spasme de la glotte dont l'origine restait à trouver. Je prescrivis en attendant 2 grammes de bromure de potassium. Le 23 l'enfant eut deux accès semblables au premier. Enfin le 24 octobre à 5 heures, pendant que j'examinais l'enfant, il est pris d'un accès de suffocation terrible avec angoisse profonde. L'enfant s'agite, veut sortir de son lit, envoie coups de pied et coups de poing aux infirmières qui le tenaient, crie des sottises à la sœur, se plaint d'étouffer et, montrant son larynx, il dit j'ai mal là. Bientôt il se cyanose complètement, la sensibilité cutanée disparaît; pendant ce temps, sifflement intense ayant les caractères du sifflement que l'on observe dans le spasme de la glotte.

Dans ces conditions je me préparais à faire la trachéotomie, lorsque l'accès de suffocation qui durait depuis cinq minutes au moins s'arrêta tout à coup. Le calme revint petit à petit et l'enfant reprit sa

physionomie ordinaire. Dans ces conditions je n'osais me permettre de faire la trachéotomie; mais je recommandai à la sœur de service d'envoyer chercher l'interne de garde dès que l'enfant aurait le moindre étouffement. Trois heures après la scène que je viens de décrire un nouvel accès survint. Notre collègue Launois appelé arriva en toute hâte. Il trouva l'enfant cyanosé, anesthésié, ayant une contracture généralisée. Il songea tout de suite à un obstacle laryngé et fit préparer ce qu'il fallait pour faire la trachéotomie, mais au moment où il prenait le bistouri, l'enfant était mort.

Autopsie. Larynx absolument normal. Dans la trachée, à 3 cent. au-dessus de la bifurcation des bronches, se trouve un corps blanchâtre, friable, d'une longuenr d'un centimètre environ et ayant le diamètre de la trachée sur laquelle il se moulait exactement. Plus bas, séparé par un intervalle de 4 à 5 millimètres environ, un second corps semblable, de dimension un peu moins considérable. Ce dernier corps étant enlevé laissait voir une ulcération circulaire large comme une lentille et laissant pénétrer le stylet dans un foyer d'où sortait une matière caséeuse semblable à celle qui était contenue dans la trachée et formait un corps volumineux bouchant le calibre de la trachée. Cette ulcération était située à l'union de la paroi antérieure et de la paroi latérale droite de la trachée. En exerçant une certaine pression sur les parois de cette cavité, on faisait pénétrer dans la trachée une certaine quantité de cette matière caséeuse qui bouchait la trachée. La dissection de cette région montra que l'on avait affaire à un ganglion tuberculeux dont la matière caséeuse s'était ramollie et s'était ouverte dans la trachée en laissant une cavité à la place du ganglion. Cette cavité est de la grosseur d'une noisette environ. — Dans la bronche droite, matière caséeuse semblable, en petits fragments juxtaposés dont l'ensemble oblitérait cette partie des voies respiratoires. Rien de semblable n'existait dans la bronche gauche. Au hile du poumon, et tout autour des bronches et de la trachée, se trouvaient de nombreux ganglions tuberculeux. Au sommet du poumon droit un noyau de pneumonie caséeuse. Pas trace de tubercules isolés dans le reste des deux poumons. Aucune trace de tuberculose dans les autres organes de l'économie. En un mot, la tuberculose n'a frappé que les ganglions thoraciques en outre du noyau signalé dans le poumon.

Le thymus présentait des dimensions énormes pour un enfant de 5 ans 1/2. Il mesurait cinq centimètres dans sa plus grande dimension et près de trois centimètres dans l'autre. C'est un fait intéressant à signaler et il faut se demander s'il n'y a pas une relation à établir entre cette hypertrophie et les lésions tuberculeuses des ganglions bronchiques, car le fait que nous citons n'est pas isolé; il est indiqué dans plusieurs observations de la thèse de M. Baréty.

Ces pièces ont été présentées par moi à la Société anatomique dans sa séance du 27 octobre et j'ai le grand regret de n'avoir pu vous les apporter aujourd'hui, comme j'en avais l'intention, M. le professeur Cornil m'ayant demandé la pièce pour le musée Dupuytren et les bouchons de matière caséuse, pour en faire l'examen histologique, afin d'y retrouver les cellules géantes, preuve histologique de l'origine ganglionnaire de ces tubercules.

Réflexions. — Cette observation est instructive à plusieurs égards. D'abord c'est l'évolution latente de cette tuberculose ganglionnaire ; car, si l'on en croit les parents qui aimaient beaucoup leur enfant et se préoccupaient de ce qui touchait sa santé, cet enfant aurait été très bien portant jusqu'au jour où il aurait eu le premier accès de suffocation ; mais je ne veux pas insister outre mesure sur ce fait, car des phénomènes insignifiants pour les parents ont pu se produire qui auraient eu pour le médecin une importance capitale. Un second point à noter en passant, c'est l'intensité des lésions ganglionnaires (tous les ganglions du thorax étaient malades) contrastant avec un seul noyau de pneumonie caséeuse. Enfin, au point de vue anatomique, un troisième point attirera notre attention, c'est la coïncidence entre l'hypertrophie du thymus et la tuberculose ganglionnaire. Cette relation pourrait peut-être jeter un jour nouveau sur le rôle physiologique du thymus et le rapprocherait décidément des ganglions lymphatiques au point de vue de ses fonctions et de ses maladies si mal connues.

Mais ce qui nous paraît surtout du plus haut intérêt, c'est la difficulté clinique des cas de ce genre. Un examen attentif avait fait vite rejeter le diagnostic du croup ; le diagnostic de corps étranger introduit du dehors était éliminé faute de commémoratifs. Dans ces conditions, le diagnostic des spasmes s'imposait, mais l'origine de ce spasme était inconnu. Il est certain qu'il était dû aux mouvements du bouchon caséeux qui venait s'introduire à certains moments entre les lèvres de la glotte ; mais comment croire à ce diagnostic quand l'examen du poumon était négatif, quand la bonne santé de l'enfant paraissait évidente ? Certes, si l'on avait pensé à une tuberculose ganglionnaire, on aurait pu peut-être, en suivant les règles de M. Gueneau de Mussy, percuter et ausculter certaines régions du thorax ; mais je le répète, dans ce cas toute présomption de lésion ganglionnaire était impossible. Quant à la trachéotomie, elle était évidemment indiquée et notre collègue Launois n'hésita pas à la faire ; mais malheureusement le temps lui a manqué.

Dans un cas semblable venant du service de M. Labric et publié dans les Bulletins de la Société anatomique pour l'année 1869, M. le Dr Rathery, qui avait présenté les pièces, annonçait, lui aussi, qu'il n'avait pu faire la trachéotomie. Reste à savoir si la trachéotomie

faite, la force expiratoire de l'enfant aurait suffi pour expulser ces deux gros bouchons caséeux, ainsi que les matières de même nature contenues dans la bronche droite : c'est ce qu'on peut se demander avec juste titre.

Note sur un cas de congestion pulmonaire rhumatismale.

Par M. OLLIVÉ,
Interne des hopitaux.

Les accidents pulmonaires dans le cours du rhumatisme sont loin d'être rares ; il ont été signalés de tout temps et leur histoire clinique est presque aussi vieille que celle du rhumatisme articulaire aigu. Stoll les définit bien nettement quand il nous dit dans sa *ratio-medendi* que l'humeur rhumatismale abandonnait les membres subitement, et que, au moment où l'on s'y attendait le moins, elle se portait sur la poitrine où elle occasionnait la dyspnée. Dans certains cas, ces accidents pulmonaires, revêtant diverses formes, accompagnent les fluxions articulaires, ce sont alors de véritables complications ; dans d'autres cas ils viennent brusquement remplacer les manifestations du côté des jointures, et constituent toute la scène, donnant des exemples de métastases rhumatismales. Ces derniers cas sont beaucoup plus rares que les premiers ; quoiqu'ils soient *partout* signalés, je n'ai pu en trouver une observation bien nette, ni aussi typique que celle que je vais avoir l'honneur de vous présenter.

Au mois de novembre de l'année dernière se trouvait au n° 19 de la salle Magendie, à l'hôpital Tenon, dans le service de mon excellent maître, le Dr Sevestre, une jeune fille de 24 ans. Cette jeune fille était entrée à l'hôpital pour des palpitations et un état d'anémie très marqué. L'interrogatoire de ses antécédents personnels et héréditaires nous permettait d'apprendre que sa mère était emphysémateuse, qu'une de ses sœurs également emphysémateuse avait été atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, enfin qu'elle même avait dès l'âge de 9 ans été atteinte de chorée.

Cette affection pour laquelle notre malade avait été traitée à l'hôpital des Enfants s'était prolongée avec des rémissions plus ou moins longues jusqu'à l'âge de 16 ans. A plusieurs reprises elle avait eu des douleurs rhumatismales dans les jointures, mais jamais ces douleurs ne l'avaient obligée à prendre le lit. Actuellement c'est pour des palpitations qu'elle entre à l'hôpital, et l'examen de la région précordiale fait constater des battements très énergiques, la palpation un roulement systolique très marqué, enfin l'auscultation nous permet d'entendre un souffle présystolique à la pointe avec dédoublement du second temps. Nous avons affaire à un rétrécissement mitral.

Cette jeune fille était dans les salles depuis une quinzaine de jours environ, lorsqu'elle fut prise d'une angine assez douloureuse qui ne précédait que de peu une attaque de rhumatisme articulaire aigu. La peau était chaude, le thermomètre entre 38°5 et 39°5, le pouls fréquent et les deux articulations coxo-fémorales se prenaient. Je ferai remarquer la localisation assez rare des fluxions articulaires. Pendant quatre ou cinq jours l'état de la malade fut stationnaire, et le soir du cinquième jour, à ma contre-visite, je ne remarquai rien qui pût faire prévoir l'incident qui devait se produire quelques jours après. Vers dix heures du soir la malade est prise d'une dyspnée des plus intenses, les battements du cœur sont tumultueux, la peau couverte de sueurs et l'interne de garde, qui fut appelé, craignit que la malade ne succombât. En rentrant à l'hôpital, j'allai voir la malade ; l'oppression était toujours grande, les deux poumons faisaient entendre une respiration soufflante entremêlée de râles sonores et muqueux, mais il était certain que tout se calmait. Le lendemain, la congestion pulmonaire était encore moins intense et quant aux fluxions articulaires, il n'en restait que le souvenir. Le lendemain tout rentrait dans l'ordre accoutumé.

Quelques jours après la malade sortit de l'hôpital, et tout récemment elle venait de nouveau à l'hôpital de la Charité se plaignant de palpitations. La lésion cardiaque ne s'est pas modifiée, mais elle n'a eu aucune nouvelle attaque de rhumatisme.

Cette malade avait eu une véritable métastase de ses fluxions articulaires sur un poumon, et ces accidents, assez rares heureusement, ne se terminent pas toujours de la façon favorable que nous avons vue chez notre malade. C'est la terminaison mortelle que l'on voit souvent survenir dans ces cas tels que ceux que cite Bernheim dans sa clinique médicale, ou qu'ont recueillis dans leurs thèses Houllé, Vasquez, et surtout le professeur Ball, qui rapporte un cas dans lequel la mort est survenue en quelques instants.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite (1). (*Suite.*)

Par M. L. MARTINEAU,
Médecin de l'hôpital de Lourcine.
Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

Connaissant le traitement nosologique de la métrite constitutionnelle et le traitement général de la métrite non constitutionnelle,

(1) V. *France médicale*, nos 53, 54, 57, 64, 65, 66, 69 et 72.

nous pouvons aborder la deuxième partie du problème thérapeutique que nous nous sommes proposés de résoudre, savoir : quel est le traitement de la cause de la métrite constitutionnelle, autrement dit quel est le *traitement pathogénétique*.

Si vous voulez bien, Messieurs, vous rappeler les considérations générales que je vous ai présentées à propos de l'étiologie de la métrite, sur le rôle que jouent les maladies générales constitutionnelles et diathésiques dans le développement de cette affection, vous résoudrez facilement ce problème. Nous avons vu, en effet, que tantôt la maladie générale se développe d'emblée sur l'utérus et donne lieu à la métrite primitive protopathique, tantôt elle est appelée sur cet organe par une cause locale, physiologique ou traumatique ; dans ce cas, la métrite est secondaire, deuthéropathique. C'est donc à prévenir, à combatre l'action de ces causes, les unes prédisposantes, les autres déterminantes, que vous devez vous attacher, en second lieu, dans le traitement de l'inflammation utérine.

Les considérations thérapeutiques que je viens de vous exposer à propos de la médication générale s'appliquent aux causes prédisposantes générales, les maladies constitutionnelles ou diathésiques, et par conséquent au traitement pathogénétique. Je n'ai donc pas à y revenir. Il me reste à vous donner quelques indications qui vous serviront à compléter la solution de ce problème thérapeutique, c'est-à-dire la recherche des moyens de prévenir, d'une part, les causes déterminantes et, d'autre part, de combattre leur action nocive. Cette étude thérapeutique, croyez-le bien, n'est pas moins intéressante que la précédente. Elle a, en effet, pour but non seulement de prévenir le développement de la métrite, mais encore d'en hâter la guérison en empêchant l'aggravation et les rechutes. Dans ce but, le médecin surveillera avec le plus grand soin les fonctions physiologiques des organes génito-sexuels ; il régularisera ou activera l'écoulement sanguin suivant les cas ; il évitera toute cause pouvant le troubler (fatigues, danse, équitation, impressions morales, refroidissement, injections vaginales froides ou très chaudes, rapports sexuels).

Pendant la grossesse, il surveillera attentivement l'évolution de l'utérus et s'appliquera à prémunir le travail physiologique contre toutes les causes physiques et même morales qui pourraient l'entraver. De même, après l'accouchement, il veillera à ce que le travail d'involution s'accomplisse régulièrement et soit presque complètement terminé avant que la malade ne subisse la moindre fatigue physique. C'est parce que les médecins ne forcent pas les nouvelles accouchées à garder le repos pendant toute la période que dure l'involution utérine que nous voyons si fréquemment la métrite succéder à l'accouchement. Aussi je recommande aux accouchées de garder,

pendant cinq ou neuf semaines, sinon le lit, du moins un repos à peu près complet. Ces mêmes règles doivent être suivies à plus forte raison après l'avortement.

Le travail d'involution utérine est du reste favorisé et même accéléré par l'allaitement. Aussi le médecin doit user de toute son influence pour prescrire l'allaitement maternel en faisant valoir la fréquence de la métrite par suite du non allaitement. C'est, en effet, un point digne de remarque et qui a frappé tous les gynécologistes. Pour ma part, sur les milliers de cas de métrite que j'ai observés jusqu'à ce jour, cette cause est souvent invoquée. A cela rien d'étonnant. Lorsque la femme allaite, la fluxion menstruelle ne se fait ordinairement pas, et par suite ne vient pas entraver le travail de l'involution utérine. Ainsi se trouve supprimée une cause déterminante de la métrite constitutionnelle.

Le coït sera défendu alors que la métrite existe à l'état subaigu, et qu'elle présente surtout des rechutes, des exacerbations. En effet, dans ces cas, il favorise ces poussées aiguës, qui sont accusées par la recrudescence de l'adéno-lymphite, par le redoublement des douleurs pelviennes. On permettra les rapports sexuels, je dis même plus, on les recommandera lorsque la métrite sera chronique, lorsque le tissu utérin sera dur, l'adéno-lymphite sans réaction, lorsque la femme aura une nature ardente, passionnée. Dans ce dernier cas, en effet, la fluxion, l'excitation nerveuse et persistante de l'utérus et de tout l'appareil utéro-ovarien, par suite de continence absolue, sont une cause de recrudescence de l'inflammation utérine bien plus puissante que l'accomplissement du coït.

La manuélisation, le saphisme ont une action aussi marquée que le coït sur l'aggravation de la métrite et sur ses rechutes. Ces actes, en effet, congestionnent l'utérus, plus même que le coït, car ils peuvent être reproduits plus fréquemment. Dans mon service, il n'y a pas de jours où je ne constate l'aggravation d'une métrite, par le seul fait de la masturbation.

La contusion de l'utérus est une cause très fréquente des exacerbations de la métrite. Aussi doit-on s'attacher à l'éviter absolument. C'est pourquoi je proscris complètement les injections vaginales chez la femme atteinte ou non de métrite. Dans le premier cas elles peuvent produire son développement ; dans le deuxième cas elles l'exaspèrent. Vous ne vous étonnerez donc pas si je proscris absolument de la thérapeutique de la métrite les douches ascendantes, tant vaginales que rectales. Je ne compte plus aujourd'hui les cas où cette pratique a été des plus funestes pour les malades. La connaissance de l'adéno-lymphite a jeté un grand jour sur cette question de thérapeutique, en montrant, par la recrudescence de l'inflammation lymphatique, par les complications qui en

résultent, que l'inflammation utérine a subi une recrudescence qui ne reconnaît pas d'autre cause que la contusion due à la projection du liquide soit sur le col utérin, soit sur les culs-de-sac vaginaux. Tous les ans, je vois, après les saisons thermales, de nombreuses malades attestant ce fait digne de toute votre attention. Mes honorables et savants confrères des eaux minérales qui emploient encore cette pratique des douches vaginales et des douches ascendantes, avec toutes les précautions exigées, j'en suis sûr, ne peuvent juger les suites déplorables de cette méthode thérapeutique, attendu que les accidents ne se développent le plus ordinairement qu'après le départ des malades des stations minérales. S'ils étaient appelés, ainsi que je le suis, à constater plus souvent les accidents de cette pratique, je suis persuadé qu'ils l'auraient abandonné depuis longtemps. C'est en vue d'obvier à ces résultats fâcheux que j'ai remplacé les *injections* par les *irrigations*, moyen facile, qui vous rendra les plus grands services. La malade, couchée sur le dos, un bassin sous les fesses, s'introduit profondément la canule vaginale en caoutchouc adaptée sur celle de l'irrigateur; elle ouvre à peine le robinet, de façon que le liquide s'écoule goutte à goutte. Par ce moyen le col n'est pas contusionné; il baigne dans le liquide médicamenteux, qui exerce sur lui son action pendant un temps beaucoup plus long que lorsqu'on l'injecte dans le vagin. Lorsque la femme prend un bain médicamenteux, elle s'introduit la canule vaginale *qui* permet au liquide de pénétrer jusqu'au col, de baigner, pendant tout le temps du bain, l'utérus et le vagin, d'exercer ainsi sur la métrite et sur l'adéno-lymphite son action modificatrice. Dans les stations thermales, je leur recommande de ne se servir exclusivement que de cette canule.

C'est, de même, pour éviter les chocs utérins qu'il faut proscrire, pendant le traitement de la métrite, les exercices violents ou capables d'imprimer à l'utérus des mouvements brusques, tels que l'équitation, la danse, les voyages en chemin de fer, en voiture, etc., etc.

Vous le voyez, Messieurs, le traitement pathogénétique est surtout un traitement hygiénique. C'est encore à l'hygiène que vous aurez recours lorsque vous prescrirez à la malade atteinte d'une métrite scrofuleuse un changement d'air ou de climat, lorsque vous lui prescrirez le séjour, pendant l'hiver, sur les bords de la mer, à Hyères, Cannes, Nice, Menton, Biarritz. Vous vous attachez ainsi à éloigner autant que possible toutes les causes qui peuvent débiliter la malade. C'est de même, à l'hygiène qu'il faut recourir pour conseiller à la malade atteinte de métrite arthritique d'éviter l'action du froid, surtout du froid humide, en faisant usage de vêtements chauds, de pantalons de flanelle, en habitant l'hiver un pays tempéré, d'une température égale, notamment Amélie-les-Bains, Dax, Pau. A la malade, enfin,

atteinte de métrite herpétique, outre les conseils ci-dessus, vous recommandez d'éviter les émotions morales, les chagrins, l'ingestion des salaisons, des poissons de mer, etc., etc.

A côté de ce traitement basé sur l'hygiène, je place le traitement pathogénétique qui a pour but de stimuler la circulation utérine et de favoriser la résorption des produits plastiques inflammatoires en augmentant l'activité fonctionnelle de la peau, en excitant la diaphorèse, en accélérant l'énergie circulatoire périphérique. Ce traitement s'applique aussi bien à la métrite constitutionnelle que non constitutionnelle.

Pour remplir les indications de ce traitement, vous prescrivez les frictions sèches ou humides avec l'alcool, avec l'eau de Cologne, le Bay-Rhum ; vous prescrirez l'hydrothérapie, la thérapie marine, en recommandant les plages du nord aux femmes robustes, atteintes de métrite sans réaction, les plages du midi aux femmes délicates, à métrite offrant une vraie action inflammatoire. Les eaux minérales trouvent aussi leur emploi. Ce sont surtout les eaux sulfureuses, les chlorurées sodiques, les arsenicales, les ferrugineuses qui remplissent le but que vous cherchez à atteindre. Mais, tout en prenant pour base soit l'excitation du système cutané, soit la modification du système nerveux périphérique, soit les modifications de la circulation générale ou locale, ne négligez pas dans votre choix de la station thermale, les préceptes que je vous ai donnés à propos surtout de la modalité clinique de la métrite. En les oubliant, vous vous exposeriez à de graves mécomptes.

Parmi les médicaments que vous prescrirez, toujours pour remplir la même indication, vous avez le soufre que vous donnerez en bain sous forme de sulfure de sodium ou de potassium à la dose de 20 à 30 grammes mélangé ou non à la gélatine (une livre) ; le chlorure de sodium (intus et extra) ; le fer, l'arsenic, la ciguë, l'arséniate d'or qui, vous le savez, paraît intéresser directement la nutrition des éléments anatomiques. Ce sel s'administre en pilule de un demi-milligramme. On élève la dose à 2 et 4 pilules par jour suivant l'action sur le tube digestif. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE, par le Dr Armand Paulier, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-18, 1300 pages, Paris, O. Doin, 1882.

Les livres et brochures consacrés à la thérapeutique abondent et notre littérature médicale s'est enrichie dans ces dernières années d'un très grand nombre d'ouvrages de ce genre, mais nous n'avions

qu'un très petit nombre de manuels de thérapeutique et c'est pour combler une lacune que M. Paulier a publié le livre dont nous avons sous les yeux la seconde édition.

Cette édition est plus complète que la première et l'ordre des matières a été modifié. Dans l'introduction l'auteur étudie l'absorption des médicaments par les diverses voies, leur élimination, l'antagonisme et l'antidotisme, le mode d'administration, les formules et les incompatibilités, enfin les formes sous lesquelles on administre les médicaments.

Les médicaments sont divisés en dix classes. Dans la première classe sont les modificateurs du système névro-musculaire, qui eux-mêmes se divisent en médicaments qui agissent exclusivement sur le système nerveux, médicaments agissant à la fois sur le système nerveux et le système musculaire, enfin médicaments agissant uniquement sur la contractilité musculaire.

Les modificateurs de la nutrition occupent la seconde classe, puis viennent les modificateurs des sécrétions et des excrétions, les parasiticides et antiseptiques, les modificateurs locaux ou médicaments topiques, les agents physiques, les agents mécaniques et les eaux minérales.

La neuvième classe est consacrée aux empoisonnements et la dernière à la médication des enfants.

A. CH.

NÉCROLOGIE

Le Dr PRESTAT, de Pontoise, membre correspondant de la Société de chirurgie, vient de mourir à l'âge de 72 ans.

Le Dr PÉTARCEL, de Chêne (Suisse), est mort à l'âge de 42 ans.

Le Dr BANCEL, vice-président de l'association des médecins de Meurthe-et-Moselle, est décédé le 29 novembre à l'âge de 59 ans.

Le Dr MERCIER, de Bresles (Oise), vient de mourir à l'âge de 35 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 25 au 30 décembre 1882). — *Mercredi* 27. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Béclard, Vulpian et Terrillon. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 1er (ancien régime, oral): MM. Charcot, Hayem et Monod. — 3e (nouveau régime, 2e partie, physiologie interne et pathologie générale): MM. Fernet, Duguet et Straus. — 3e (ancien régime): MM. Gariel, Henninger et Bocquillon. — 5e (Charité): MM. Trélat, Damaschino et Pinard.

Jeudi 28. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral): MM. Sappey, Panas et Berger. — 1er (ancien régime, oral): MM. Richet, Fernet et Bouilly. — 2e

(nouveau régime, oral, 1re partie, anatomie, histologie): MM. Robin, Ball et Peyrot. — 3e (nouveau régime, oral, 1re partie, pathologie externe et accouchements): MM. Gosselin, Pajot et Richelot. — 4e: MM. Hardy, Brouardel et Joffroy.

Vendredi 29. — Doctorat, 3e (ancien régime, oral): MM. Regnauld, Baillon et Gay.—4e: MM. Vulpian, Hayem et Landouzy.— 5e (Charité): MM. Depaul, Parrot et Monod. — 5e (Charité): MM. Trélat, Fernet et Budin.— 5e (Charité): MM. Guyon, Damaschino et A. Ollivier.—5e (Hôtel-Dieu): MM. Verneuil, Potain et Pinard. — 5e (Hôtel-Dieu): MM. Duplay, Duguet et Marchand.

Samedi 30. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral) : MM. Sappey, Richet et Richelot. — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Ball, Fernet et Raymond. — 4e: MM. Damaschino, Duguet et Debove. — 5e (Charité): MM. Pajot, Peter et Humbert.— 5e (Charité): MM. Gosselin, Brouardel et Charpentier.

Samedi 30. — 5e examen, à 4 heures (salle des thèses). Composition écrite.

Conseil académique de paris. — Le doyen de la Faculté de médecine a fourni les détails suivants: Au 16 octobre 1882, le nombre des étudiants en médecine ayant fait acte de scolarité dans le cours de l'année 1881-1882 était de 4,209. Il faut ajouter à ce chiffre 388 étudiants qui ont pris leur première inscription au mois de novembre dernier, les attardés qui reviennent quelquefois aux études médicales après sept à huit années d'interruption ; les étrangers au nombre de 50, et les femmes au nombre de 39 ; ce dernier chiffre est en diminution de 13 sur celui de l'année dernière. Cette année, 6 076 examens ont eu lieu à la Faculté de médecine ; la proportion des étudiants refusés dépasse le quart sans atteindre le tiers.

Le Conseil académique de Paris a adressé au ministre de l'instruction publique un projet de règles administratives et disciplinaires pour les établissements d'enseignement supérieur.

Quant aux cours libres dans les Facultés, il a admis que les professeurs libres pouvaient se faire rétribuer par leurs élèves ; mais il n'a pas cru que les professeurs officiels de l'État pussent en aucun cas ouvrir des cours payants. On nous signale que le même principe a été également accepté à l'unanimité par le Conseil académique de Caen.

Le Conseil, après avoir entendu les explications des représentants de la Faculté de médecine, a été d'avis de maintenir le baccalauréat ès sciences restreint pour les étudiants au doctorat.

Il a émis encore un vœu en faveur de la revision de l'organisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie pour les mettre mieux en mesure de répondre aux privilèges qu'elles possèdent et à la mission qui est la leur. Puis est venue une délicate question sur les pharmaciens de seconde classe dont le nombre toujours croissant menace de faire disparaître les pharmaciens de première classe. Pour rétablir un peu l'équilibre, le Conseil académique a émis le vœu que les candidats à la seconde classe, au lieu d'avoir à fournir comme aujourd'hui le simple certificat de grammaire, aient à présenter l'un des baccalauréats.

Une autre question était soumise au Conseil académique, touchant la création d'un nouveau grade en médecine : le doctorat ès sciences médicales. Après avoir entendu les objections de la Faculté de médecine de Paris contre cette création, au moins dans la forme où elle se présente actuellement, le Conseil a émis un avis défavorable qui, sans repousser toute réforme, tend à provoquer de nouvelles études sur cette question.

Le choléra a la Mecque. — Le ministre des affaires étrangères vient de nommer un agent sanitaire français à la Mecque comme dans la plupart des villes d'Orient, où les pèlerinages sont une cause de choléra.

Le gouvernement a choisi pour remplir cette fonction un médecin de nationalité arabe, le Dr Taïeb-Ould-Morsly.

AVIS. A l'occasion de la fête de Noël, la FRANCE MÉDICALE ne paraîtra pas mardi prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. Lauwereyns, 2, *rue Casimir-Delavigne.*

Traité des maladies du rectum, par E.-B. Curling, P. R. S. Traduit et annoté sur la 4e édition revue et complétée sur les indications manuscrites de l'auteur, par le Dr Henri Bergeron, médecin des prisons de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur. Préface du professeur Gosselin. 1 vol. in-8°. Figures dans le texte. 6 fr.

Librairie J.-B. Baillière et fils, *rue Hautefeuille*, 19.

Traité pratique des accouchements, par le Dr A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8° avec 600 figures. 25 fr.

En vente tome premier, anatomie, physiologie, grossesse, développement du fœtus, accouchement naturel, suites de couches physiologiques, pathologie de la grossesse.

1 vol. in-8° de 1050 pages, avec une planche chromolithographiée et 333 figures intercalées dans le texte. Le tome II, payé à l'avance, sera livré gratis aux souscripteurs en février 1883. Aussitôt l'ouvrage complet, le prix en sera augmenté.

Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, *éditeurs*. *Paris.*

Agenda-Formulaire des médecins-praticiens, publié sous la direction de M. le docteur Bossu, avec la collaboration de MM. les docteurs Blache Devergie, Durand-Fardel, Gibert, Hatin, Verrier, Ricord, Siches, etc., paraissant tous les ans, du 1er au 20 décembre. 1 vol. in-18 (33e année). 1883. Prix br. .... 1 fr. 75

Agenda doré sur tranche .... 2 fr. 50

— cahier, recouvert en soie, trimestres séparés 3 fr. »

N° 1. Reliure mouton chagrin, fermant au crayon .... 3 fr. »

2. — en portefeuille avec patte .... 3 fr. 50

3. — — trimestres séparés .. 5 fr. »

4. — — poche en soie, petite trousse, cahier plein 6 fr. »

5. — — — cahier recouvert en soie, trimestres séparés .. 7 fr. »

6. — Portefeuille avec trois poches en peau, dont une ferme à patte. Trousse .... 8 fr. »

7. — Le même fermant à tourniquet en maillechort .... 9 fr. »

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 74 JEUDI 28 DÉCEMBRE 1882

LA
FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 8, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome II. — N° 74 Jeudi 28 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 27 décembre 1882.

L'Académie a consacré hier sa séance à des lectures faites par des candidats ou au nom de candidats. M. Henri Roger a lu, de la part de M. le Dr Nivet, professeur d'accouchements à l'école de médecine de Clermont-Ferrand, la relation des épidémies de fièvre puerpérale qui ont sévi, depuis 1860, dans les salles d'accouchement de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

M. Brouardel a communiqué une note de MM. Ch. Bouchard, Capitan et Charvin sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture. Ces auteurs sont arrivés à inoculer la morve en reproduisant exactement l'aspect symptomatologique et les lésions anatomiques que l'on trouve dans la morve spontanée : c'est, disent-ils, la seconde maladie virulente de l'homme dont on ait pu démontrer la nature parasitaire. La première est le charbon. Il nous semblait qu'il y en avait déjà bien d'autres. Le microbe est en marche pour la conquête de la pathologie tout entière; mais n'est-il pas déjà permis de prévoir l'époque où ce trop vaste empire finira par s'effondrer?

M. le professeur Ball avait présenté à l'Académie, au mois de juin dernier un sujet du nom de Victor, qu'il avait appelé le crétin des Batignolles. Ce sujet a succombé à une néphrite interstitielle et M. Ball apporte les résultats de son autopsie. Le crâne offrait une dolichocéphalie et une platicéphalie remarquables; les os n'étaient pas soudés entre eux et dans l'intervalle on trouvait un tissu fibro-cartilagineux abondant et épais. Le tissu osseux était raréfié à la base du crâne, et dur au contraire à la voûte. Le cerveau offrait un volume assez considérable, mais les circonvolutions étaient d'une simplicité remarquable; il y avait à peine de sinuosités et les sillons étaient peu profonds. En somme, il s'agissait d'un arrêt de développement motivé sans doute par la maladie mal déterminée que ce sujet avait eue à l'âge de 11 mois.

M. Onimus a fait d'intéressantes recherches sur la contractilité utérine à l'état de vacuité et à l'état de gestation. L'utérus dans ces deux cas forme en effet comme deux organes différents. Le point principal de la communication de M. Onimus c'est qu'il est beaucoup plus aisé de provoquer des contractions lorsque la matrice est gravide, mais encore cela n'est réellement facile que lorsque, pour une cause quelconque, les contractions physiologiques existent déjà.

A. Ch.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite (1). (*Suite.*)

Par M. L. MARTINEAU,
Médecin de l'hôpital de Lourcine.
Recueillies par M. HAMONIC,
Interne du service.

Nous connaissons, Messieurs, deux problèmes thérapeutiques de la métrite ; je me suis efforcé de vous donner les solutions nettes et précises qu'ils comportent. J'espère être aussi heureux pour la solution du troisième et dernier, le traitement local, le traitement anatomique, le traitement de la lésion.

Le traitement local de la métrite a pour but non seulement de produire la résorption rapide des produits inflammatoires, mais encore de remédier aux lésions anatomiques que ces produits occasionnent. En vous décrivant rapidement l'anatomie pathologique de la métrite, je vous ai dit, que les lésions de cette affection étaient les unes constantes, les autres variables. Je vous ait dit que c'étaient à ces dernières qu'il fallait attribuer les diverses modalités cliniques anatomiques présentées par la métrite. Le médecin, avant d'instituer le traitement local, doit donc, comme il l'a déjà fait pour le traitement nosologique et le traitement pathogénétique, reconnaître la modalité clinique anatomique de l'inflammation utérine. D'où deux indications principales pour le traitement local : 1° traiter la lésion inflammatoire; 2° traiter les lésions variables consécutives à l'inflammation.

Dans le premier cas le médecin se propose : 1° de modérer le développement des produits morbides inflammatoires, caractérisés, vous le savez, d'une part par les modifications subies par la cellule et par la trame conjonctive, et d'autre part par les modifications de la circulation sanguine et lymphatique; 2° d'activer la résorption des néoplasies inflammatoires. La première de ces indications est remplie par la méthode dite antiphlogistique, la deuxième par la médication dite résolutive. Tandis que la première porte son action modificatrice sur la circulation locale, la deuxième a pour but de hâter le travail de régression des produits inflammatoires encore à l'état embryonnaire, de favoriser leur dégénérescence granulo-graisseuse, afin de faciliter leur disparition et d'empêcher leur transformation en élément fibreux. La médication résolutive, vous le savez, est constituée, d'après l'ancienne pharmacopée, par les *fondants* qui ont pour but d'amollir les produits morbides, par les *désobstruants* qui rendent

(1) V. *France médicale*, n°s 53, 54, 57, 64, 65, 66, 69, 72 et 73.

plus libres les circulations lymphatiques et sanguines et facilitent ainsi l'action des *résorbants* dont l'effet est d'activer la résorption des produits inflammatoires ayant subi des modifications plus ou moins profondes. Cette vieille division de l'action des médicaments donne une explication satisfaisante et réelle des phénomènes physiologiques qui se passent dans la trame des tissus morbides enflammés, notamment dans le tissu utérin ; elle vous montre qu'elles sont les indications à remplir dans le traitement local de la métrite, dans le traitement des lésions anatomiques produites par l'inflammation. C'est parce que je m'applique constamment à pemplir ces indications fournies par la physiologie pathologique de l'inflammation, que vous constatez tous les jours la guérison des nombreux cas de métrite soumis à votre observation dans mon service de la clinique gynécologique de l'hôpital de Lourcine.

La médication des lésions variables consécutives à l'inflammation utérine est aussi variable que la lésion elle-même. Elle est en rapport avec la modalité clinique anatomique. Elle est aussi bien chirurgicale que médicale. Je vous la ferai connaître à mesure que nous passerons en revue les conséquences de la métrite.

Ce ne sont pas, Messieurs, les seules considérations générales que j'ai à faire valoir au début de cette étude du traitement local de la métrite. Il en est d'autres qui sont, à mon avis, plus importantes encore, parce qu'elles constituent des indications et des contre-indications nettes et précises de ce traitement. Je veux parler des considérations thérapeutiques soulevées par l'adéno-lymphite péri-utérine. C'est une question toute neuve dans le traitement de la métrite, que je m'efforce d'élucider depuis l'année 1877, sur laquelle j'ai appelé, le premier, l'attention du public médical dans mon traité des affections utérines et sur laquelle je ne cesse d'appeler votre attention dans mes conférences cliniques. Je n'ai pas à revenir sur l'évolution de cette lésion constante de la métrite, sur les caractères cliniques et anatomiques qui la constituent, sur le rôle qu'elle joue dans le développement des lésions péri-utérines, phlegmon péri-utérin, phlegmon du ligament large, pelvi-péritonite, vous connaissez mes études cliniques et pathologiques sur ces différents points. Aujourd'hui je veux insister sur le rôle que cette lésion joue dans le traitement local de la métrite. C'est pour l'avoir méconnu ou plutôt pour n'avoir pas connu l'existence de l'adéno-lymphite, que les gynécologistes ont non seulement à regretter la non-guérison de la métrite, mais encore a déplorer les complications graves survenues pendant le traitement de cette affection et parfois la mort des malades. Tous les faits d'accidents péri-utérins survenus à la suite des manipulations et des opérations, même les plus simples, faites sur l'utérus, sont le résultat de l'adénolymphite qui, méconnue, a

subi une recrudescence par le fait de l'exacerbation de l'inflammation utérine. Les abcès péri-utérins, la pelvi-péritonite, la mort même, que vous trouvez consignés dans les auteurs, comme étant survenus à la suite des plus simples manipulations, telles que le toucher, l'application du spéculum, à la suite des opérations les plus simples, telles que les cautérisations au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, telles que les injections vaginales, les douches abdominales, vaginales et ascendantes, et, à plus forte raison, à la suite d'opérations plus sérieuses, telles que la cautérisation à l'acide nitrique, au fer rouge, le cathétérisme utérin, les injections intra-utérines, les scarifications du col, l'incision des orifices utérins, la dilatation du col et des orifices brusque ou progressive au moyen de la tente-éponge, de la laminaire, de la racine de guimauve, le redressement brusque de l'utérus au moyen du redresseur ou simplement par l'application de pessaires, l'ablation de polypes, ne sont que la conséquence de l'adéno-lymphite. Ces accidents vous prouvent que l'utérus, si souvent traité et même mal traité, exige que les manipulations les plus simples, aussi bien que les opérations les plus compliquées, tout en étant faites avec le plus grand soin, avec la plus grande douceur, reposent sur des indications et des contre-indications qu'il faut avoir résolues, avant d'entreprendre le traitement local. Ces indications et ces contre-indications, vous les trouvez, Messieurs, dans l'existence de l'adéno-lymphite, dans son évolution aiguë, subaiguë ou chronique. Emanation de la métrite l'adéno-lymphite est liée étroitement à l'inflammation utérine. Toute cause, toute circonstance ayant pour effet d'augmenter cette inflammation, de léser l'organe utérin a pour conséquence d'activer l'inflammation des lymphatiques utérins et péri-utérins, de la réveiller alors qu'elle sommeille, de produire des complications de voisinage, parfois d'une gravité telle que la mort en est la terminaison. Pour moi, donc, l'indication première du traitement local de la métrite est la suivante : éviter toute cause susceptible d'exciter l'inflammation utérine tant que l'adéno-lymphite n'a pas disparu ; s'abstenir de toute manipulation ou opération tant qu'elle persiste, même alors qu'elle est à l'état chronique.

Si je place, Messieurs, cet aphorisme en tête du traitement local de la métrite, c'est parce que la clinique m'a initié à ce rôle important de l'adéno-lymphite. Il suffit d'observer les faits si nombreux, si variés de mon service, pour reconnaître que les accidents dits péri-utérins sont bien le résultat d'une part de l'adéno-lymphite et d'autre part le fait de sa recrudescence par suite de l'exaspération de la métrite. Il suffit d'observer telle ou telle malade, atteinte d'une métrite avec adéno-lymphite droite, par exemple, qui, le lendemain d'une de mes conférences où le toucher vaginal a été pratiqué par

un certain nombre d'entre vous, présente une adéno-lymphite gauche, parfois une péri-adénite et dans quelques cas une pelvi-péritonite. Il suffit d'observer une femme qui, sous l'influence d'une manuélisation pratiquée la nuit, éprouve, ainsi que nous le constatons à visite, une recrudescence de la métrite et de l'adéno-pelvi-péritonite. Il suffit, enfin, pour bien apprécier ce rôle de l'adéno-lymphite utérine, de voir dans la clientèle de la ville des malades qui, par suite du coït, du saphismc, par suite d'injection vaginale, de douches vaginales, de douches ascendantes, par suite de cautérisation ou d'opération, viennent me consulter pour des accidents péri-utérins graves, telles que l'application de l'électricité sur l'utérus, l'application de pessaires, de manœuvres faites sur l'utérus, et me rappellent les cas cités par les auteurs français et étrangers.

Pendant plusieurs mois la clinique seule, par l'observation des nombreuses malades de mon service, m'avait révélé le rôle important de l'adéno-lymphite utérine, l'étude de la métrite, dans les complications qui accompagnent l'inflammation utérine et dans les indications précieuses qu'elle fournit au traitement local. L'observation anatomo-pathologique devait confirmer mes études cliniques. L'autopsie, en effet, d'une malade entrée dans mon service pour une adéno-pelvi-péritonite suppurée, développée à la suite de cautérisations du col pratiquées dans sa famille, démontrait à la fois l'existence de l'adéno-lymphite, l'origine de la péritonite et le danger d'opérations pratiquées sur l'utérus alors que l'inflammation lymphatique existe.

De tous ces faits, il résulte donc, Messieurs, que l'adéno-lymphite et la métrite sont adéquates, que toute cause qui exaspère l'inflammation utérine active l'inflammation des lymphatiques utérins. Par conséquent, je le répète, l'existence de l'adéno-lymphite, au point de vue du traitement local de la métrite, joue un rôle des plus importants, puisqu'à elle seule elle établit les indications et les contre-indications de ce traitement. C'est parce que je me conforme toujours à ces indications thérapeutiques que, sur les milliers de cas de métrite que j'ai eu à traiter, je n'ai jamais eu à regretter un accident. Aussi, Messieurs, comme résultat pratique des considérations que je viens de développer, je ne saurais trop vous recommander : 1° de procéder à l'examen des organes génito-sexuels de la femme avec douceur et lenteur ; 2° de ne pratiquer sur l'utérus aucune manipulation, aucune opération, même la plus simple, sans vous être assuré au préalable de l'état de l'adéno-lymphite. Ce n'est qu'après avoir fait cette constatation que vous procédez au traitement local de la métrite dont il me reste à vous exposer les diverses méthodes.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1882.— Présidence de M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le Dr Niepce (d'Allevard), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national.

LECTURE. — *M. H. Roger* lit de la part de M. le Dr Nivet, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, une note sur les épidémies de fièvre puerpérale qui ont régné depuis 1860 dans le service d'accouchements de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

SUR LA CULTURE DU MICROBE DE LA MORVE ET SUR LA TRANSMISSION DE LA MALADIE A L'AIDE DES LIQUIDES DE CULTURE. — *M. Brouardel* lit une note sous ce titre, au nom de MM. Bouchard, Capitan et Charrin. Ces auteurs soumettent à l'Académie les résultats des recherches qu'ils ont entreprises depuis 1881 sur la nature de la morve. Ils ont réussi à obtenir la multiplication des microbes des produits morveux de l'homme, du cheval et du cobaye dans des solutions neutralisées d'extrait de viande, mises à l'étuve à une température de 37°. A l'aide d'ensemencements successifs, ils ont obtenu la pullulation des microbes purs de tout mélange jusqu'à la huitième culture. La première et la seconde culture gardaient la propriété virulente du virus morveux.

Les auteurs disent en terminant : « Si nous n'avons pas été victimes, dans nos opérations ou dans nos interprétations, de quelque cause d'erreur que nous ne soupçonnons pas, la morve serait la seconde maladie virulente de l'homme dont la nature parasitaire serait démontrée, cette démonstration n'ayant été faite jusqu'à ce jour que pour le charbon, parmi les maladies virulentes qui atteignent l'espèce humaine.

LE CRÉTIN DES BATIGNOLLES; AUTOPSIE. — M. le professeur *Ball* a présenté à l'Académie, au mois de juin dernier, un sujet qu'il avait appelé le crétin des Batignolles. Ce sujet a succombé au mois d'août à une albuminurie accompagnée de symptômes typhoïdes. L'autopsie a révélé l'existence d'une néphrite interstitielle.

Voici les principaux résultats de l'autopsie. Le crâne offre une dolichocéphalie très accentuée, compliquée d'une platicéphalie remarquable. La voûte semble avoir été comprimée de haut en bas. Un phénomène des plus remarquables est l'enfoncement de la région condylo-basilaire.

Au niveau de la suture lambdoïde, l'occipital fait une saillie sur les bords postérieurs des pariétaux ; on trouve à cet endroit une dizaine d'os wormiens.

Au niveau de la suture temporo-pariétale, l'écaille temporale fait une saillie en dehors. L'apophyse crista-galli fait un relief peu considérable. Le maxillaire inférieur est volumineux, la branche montante fait un angle assez obtus avec le corps de l'os; les dents se dirigent obliquement en avant.

Le squelette du crâne présente comme trait caractéristique, d'une part un défaut de soudure des os, d'autre part l'interposition d'un tissu fibro-cartilagineux abondant et épais entre les divers os de la base du crâne. Le tissu osseux est raréfié en cet endroit et se laisse difficilement perforer. Au contraire, à la voûte il est assez dur.

Le volume du cerveau est considérable par rapport à la taille du sujet. On est frappé de la simplicité extrême des circonvolutions; elles ne présentent point de sinuosités et ne sont pas séparées par de profonds sillons. On trouve dans la disposition des circonvolutions des anomalies qui n'ont pas une importance capitale.

Il s'agit évidemment chez ce sujet d'un arrêt de développement motivé sans doute par la maladie de nature inconnue qui a frappé le sujet à l'âge de onze mois, et qui a réduit sa taille et atrophié son intelligence. Le crâne est rachitique.

Les parois du crâne, contrairement à ce qu'on observe chez beaucoup d'idiots et de crétins, étaient d'une minceur extrême, ce qui s'explique par le défaut d'ossification.

De la contractilité utérine sous l'influence des courants électriques. — M. le Dr Onimus lit sur ce sujet un travail qu'il résume ainsi :

A l'état ordinaire, il est difficile de déterminer des contractions utérines, aussi bien par les courants électriques que par d'autres excitants. Cela se conçoit aisément, car l'organe n'a alors qu'une nutrition restreinte, étant pour ainsi dire à l'état d'hibernation. Lorsqu'au contraire la matrice est gravide, il est plus aisé de provoquer des contractions, mais *cela n'est réellement facile que lorsque, pour une cause quelconque, les contractions physiologiques existent.*

Dans ce cas on peut, comme nous l'avons observé, les modifier et peut-être même les régulariser. Les contradictions que l'on trouve dans les auteurs tiennent uniquement à ce que l'on a confondu ces différents états de la matrice qui sont tellement tranchés au point de vue des réactions qu'ils en font pour ainsi dire des organes différents. Dans les études physiologiques comme dans les applications thérapeutiques et dans les questions de médecine légale, il est donc nécessaire de tenir compte de ces différences d'activité anatomique que l'on pouvait soupçonner à priori et que nous avons observées expérimentalement.

Renouvellement partiel des commissions permanentes. — Membres élus. — *Epidémies*, MM. Besnier et Bucquoy. — *Eaux*

minérales, MM. Gustave Bouchardat et Moutard-Martin. — *Remèdes secrets*, MM. Baudrimont et Lancereaux, — *Vaccine*, MM. Hervieux et Goubaux. — *Hygiène de l'enfance*, MM. Bergeron et Marjolin.

A 4 heures 10 minutes, l'Académie se forme en comité secret. Dans ce Comité, M. Béclard, secrétaire perpétuel, lit au nom de M. Woillez, décédé, un rapport sur les titres des candidats à la place vacante de membre associé national. La commission présente en première ligne, M. Cazeneuve (de Lille), en deuxième ligne, M. Leudet (de Rouen), en troisième ligne, M. Tholozan (de Téhéran); en quatrième ligne, ex æquo, MM. Ollier (de Lyon), Parise (de Lille) et Béchamp (de Lille).

THÉRAPEUTIQUE

Etiologie de la fièvre typhoïde.

Par le Dr J. Meissonnier.

L'épidémie que nous traversons a fait remettre encore une fois à l'ordre du jour des sociétés savantes la question de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Parmi les diverses opinions émises sur ce sujet, celle qui compte le plus grand nombre de partisans, — en attendant qu'elle rallie tous les suffrages, — c'est la croyance à l'origine fécale de la maladie.

Les faits viennent, chaque jour, donner plus de force à la théorie naturelle qui explique la transmission de l'élément pathogénique de la fièvre typhoïde par les eaux impures, souillées par les déjections des malades.

Au mois de mai de 1879, M. le docteur Lécuyer (de Beaurieux) a démontré cette transmission par des faits nombreux, devant la Société de médecine publique, et il a formulé ainsi le résultat de ses observations :

« La fièvre typhoïde est éminemment contagieuse et se propage principalement par les cours d'eau ; ce sont surtout les matières fécales, finissant par s'infiltrer dans les eaux potables, qui sont les agents de la transmission. »

Les médecins doivent-ils accepter cette conclusion, propre à éclairer un point de l'histoire des fièvres éruptives longtemps resté obscur? Oui, ils doivent l'accepter, parce qu'elle est déduite logiquement, selon les règles établies par les livres classiques. En effet dans son *Traité de pathologie interne*, le professeur Grisolle a écrit.

« La question de contagion ne peut être étudiée que dans les petites localités, où tout le monde se connaît, où le médecin, voyant tous les malades à plusieurs lieues à la ronde, peut suivre pas à pas le début et le mode de propagation des maladies. »

C'est dans ces conditions particulières, prévues et indiquées par le maître, que se trouvait le Dr Lécuyer (de Beaurieux) lorsqu'il a enregistré les faits indiscutables établissant que la fièvre typhoïde se transmet par les eaux.

La constatation qui précède, tous les praticiens le savent, n'est pas unique dans l'histoire de la fièvre typhoïde. La plus curieuse est peut-être celle qui a été faite par M. le docteur Baraduc, dans une localité du Puy-de-Dôme, appelée Mons, et divisée en deux villages : Mons-le-haut et Mons-le-bas. Dans le village d'en haut, où jaillit une source qui abreuve le le village d'en bas, un cas de fièvre typhoïde se produit, et les linges du malades sont lavés dans une mare avoisinant la source. Au bout de peu de temps, alors que le village d'en haut (qui ne boit pas de cette eau, et qui a servi de point de départ au mal), ne présente à l'épidémie qu'un seul cas peut-être douteux, le village d'en bas est décimé et près de la moitié des habitants sont atteints. Pour que la preuve soit plus forte, une seule maison épargnée dans Mons-le-Bas, et cette maison se trouve précisément être la seule qui possède une source à part, qui n'a pu être contaminée.

La *Gazette des hôpitaux* enregistrait (12 décembre 1882) un exemple encore plus probant, communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. le Dr Dionis des Carrières (d'Auxerre). En étudiant la marche de la fièvre typhoïde dans le chef-lieu de l'Yonne, M. le Dr Dionis est arrivé à faire voir que les quartiers éprouvés par l'épidémie sont ceux qu'alimentait une source infectée, tandis que les quartiers épargnés sont ceux qui recevaient d'autres eaux potables.

Ces faits expliquent le cri d'alarme poussé qar M. N. Gueneau de Mussy à l'Académie de médecine, au sujet des eaux absorbées par les Parisiens. Pour l'honorable académicien, l'eau de Seine ne vaut rien, l'eau de l'Ourcq pas davantage ; quant aux eaux de la Dhuys et de la Vanne, elles vaudraient un peu mieux, mais, par malheur, elles sont trop souvent mêlées aux eaux impures de l'Ourcq ou de la Seine, prises en aval de Paris, toutes chargées de détritus organiques. D'après M. Gueneau de Mussy, filtrer de telles eaux ne suffit pas, il faut les faire bouillir avant de les boire.

Cette méthode est radicale, nous en convenons, mais elle ne sera probablement pas du goût de tout le monde. Au lieu de porter à l'ébullition un liquide soupçonné de contenir des germes morbides, — ce qui donne un breuvage des plus insipides, — ne serait-il pas plus simple de faire usage d'une eau naturelle agréable, garantie vierge de toute altération pathologique ?

L'eau minérale de Saint-Galmier-Badoit, que l'on trouve aujourd'hui partout, nous paraît parfaitement apte à remplacer les eaux douteuses servies aux habitants des villes. En même temps qu'elle met à l'abri de la contagion par sa pureté absolue, elle contient tous

les éléments minéraux propres à régulariser doucement l'exercice des fonctions digestives; c'est pourquoi, rééditant un conseil déjà donné par Dupasquier, Pétrequin, Munaret, Amédée Latour, etc., nous recommandons la vulgarisation de l'eau de Saint-Galmier-Badoit à tous les hygiénistes soucieux de mettre à profit les enseignements de la science étiologique. (*Gazette des hôpitaux*).

NÉCROLOGIE

M. le Dr André, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Pains, près Bar-le-Duc, vient de mourir dans cet asile. Il avait soutenu en 1879, devant la Faculté de médecine de Nancy, une thèse « Sur le chloral, ses propriétés et ses applications au traitement des maladies mentales. »

— M. Gabriel Lecoq, interne à l'hôpital Saint-Louis, est décédé brusquement le 18 décembre à l'âge de 28 ans.

— Le Dr Magdelain, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Saint-Étienne à l'âge de 44 ans.

— Le Dr A. Beauclair est mort à Besson le 10 décembre.

— On annonce également la mort de M. Écorchard, professeur à l'École de médecine de Nantes et directeur du Jardin botanique de cette ville; de M. Perquier, président du Conseil général du Finistère, décédé à Brest le 17 décembre; de M. le Dr George, professeur de médecine légale à l'École de médecine d'Alger.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel, le nombre des exemplaires de thèses de doctorat dont le dépôt par le candidat est obligatoire, est fixé comme suit pour la durée de l'année scolaire 1882-1883 :

Faculté de médecine de Paris, 160 exemplaires;

Facultés de médecine des départements, 125 exemplaires;

Faculté des sciences de Paris, 136 exemplaires;

Facultés des sciences des départements, 92 exemplaires.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour l'internat.* — Les dernières questions données à l'épreuve orale ont été : Prostate; Symptômes et diagnostic des calculs vésicaux. — Articulation tibio-tarsienne; Mal plantaire perforant. — Circulation rénale; Symptômes, diagnostic des coliques hépatiques. — Nerf facial; Fracture du rocher. — Nerf radial; Paralysie radiale. — Pie-mère cérébrale; Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales.

Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Hallé, Charles, Barbier, Dubief, Brunon, Mérigot de Treigny, Barbillon, Dénucé, Boiffin, Guillet.

11. MM. Notta, Ménétrier, Clado, Crespin, Carlier, Florand, Roger, Cayla, Belin, Largeau.

21. MM. Moussous, Varnier, Blanc, Chaslin, Festal, Jeanton, Delon, Gellé, Lubet-Barbon, Renault.

31. MM. Lormand, Gilly, Toupet, Vigneron, Pignol, Berbez, Achard, Dubreuilh, Blocq, Weber.

41. MM. Broussole, Vallin, Braine, Bouttier, Schachmann, Berthod.

Internes provisoires.— 1. MM. Hischmann, Potoski, de Tornery, Budor, Belin (Joseph-Dominique), Aurière, Martin de Gimard, Favrel, Raymond, Thouvenet.

11. MM. Demoulin, Derville, Lauth, Jeanselme, Wins, Champeil, Leclercq, Crivelli, Engelbach, Chochon-Latouche.

21. MM. Despréaux, Villar, Didier, Ribeton, Jacquet, Cahin, Godet, Girode, Ressein, Dumoret.

31. MM. Demars, Peraire, Duroselle, Lavie, Lepage, Costilhes, Duchon-Doris, Bucquet, Camescasse, Berne.

41. MM. Bautrille, Dautel, Leflaive, Courtade, Gomet, Lévy.

— *Distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1882, aura lieu le jeudi 28 décembre 1882, à 2 heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3.

Dans cette même séance, aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des Concours de 1882.

Avis essentiel. — MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1883.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées :

A MM. les Élèves internes de 2e, 3e et 4e années, le mardi 26 décembre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 ;

A MM. les Élèves de 1re année et à MM. les internes provisoires, le même jour, à 3 heures ;

A MM. les Élèves externes de 2e et 3e années, le mercredi 27 décembre, à 2 heures ;

A MM. les Élèves externes de 1re année, le jeudi 28 décembre, à 3 heures précises, dans le même amphithéâtre.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour l'agrégation* (Section de pathologie interne et de médecine légale). — Les leçons orales de trois quarts d'heure après trois heures de préparation sont terminées. Les sujets de ces leçons ont été les suivants : Lundi 18. M. Bard : Des oreillons. — M. Hutinel : L'inflammation des canaux biliaires. — Mardi 19.

M. Schmitt : De la pyélo-néphrite. — M. Du Castel : Pneumonie des vieillards. — Mercredi 20. M. Quinquaud : Paralysie hystérique. — M. Letulle : De l'asthme. — Le Concours recommencera le jeudi 4 janvier 1883.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 24 décembre, les propositions pour l'avancement au choix des membres du corps de santé militaire sont classées par une commission instituée, chaque année, au ministère de la guerre et composée :

Du médecin-inspecteur général, président, et des médecins et pharmacien inspecteurs, membres du comité consultatif de santé, ou qui ont été chargés des inspections médicales.

Un médecin principal est attaché à la commission en qualité de secrétaire.

Les propositions pour l'avancement au choix sont classées, pour chaque grade, jusqu'à celui de médecin ou pharmacien principal de 1re classe inclus, suivant l'ensemble des titres de chacun des membres du corps de santé qu'elles concernent, et d'après l'examen comparatif de tous les renseignements mis à la disposition de la commission de classement. La commission applique ensuite, à chaque grade, la limitation numérique arrêtée par le ministre, et forme le tableau d'avancement définitif.

Les propositions pour l'admission ou l'avancement dans l'ordre de la Légion d'honneur sont classées, dans chaque grade de l'ordre, par la même commission et d'après les mêmes principes que les propositions pour l'avancement dans la hiérarchie.

Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, *éditeurs*. *Paris*.

Traité technique de chimie biologique, avec application à la physiologie, à la pathologie, à la clinique et à la thérapeutique, par E. Quinquaud, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. Prix. 6 fr.

Etude sur l'endocardite du cœur gauche et sur quelques anomalies valvulaires et d'orifice de nature non inflammatoires, par le Dr Haranger. In-8. 3 fr.

Traité des opérations usuelles, par Louis Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, etc., suivi d'un précis des opérations dentaires usuelles, par le Dr Cruet. 1 vol. in-18, avec 84 figures intercalées dans le texte 6 fr.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis, par le Dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc., recueillies par le Dr Hamonic. In-8. 2 fr.

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, et en particulier de leurs formes normales, par le professeur Germain Sée, leçons recueillies par le Dr F. Labadie-Lagrave. 2e édition revue et augmentée. 1 vol. in-8.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME II. N° 75 SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1882

LA
FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.
H. DEPAUL, Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.
P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


POUGUES
Prendre une bout. au repas contre
GASTRALGIES, DYSPEPSIES, GRAVELLE


VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK



29e Année. — Tome II. — N° 75 Samedi 30 Décembre 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL LAENNEC. — SERVICE DE M. LE Dr FERRAND, SUPPLÉÉ PAR M. LE Dr LEGROUX.

Abaissement et déviation totale de l'estomac chez une femme atteinte d'un cancer du pylore refoulé dans l'hypochondre gauche,

Par M. H. DAUCHEZ,

Interne du service.

La nommée Marie D..., âgée de 70 ans, est entrée le 26 juillet 1882, salle Quesnay, n° 15 bis.

Cette femme avait toujours eu jusqu'au mois de février 1882 une « santé de fer », suivant son expression. Nous ne trouvons dans ses antécédents aucune autre particularité importante à signaler, qu'une métrorrhagie assez abondante survenue accidentellement il y a vingt-cinq ans à la suite de fatigues.

Réglée jusqu'à l'âge de 60 ans, elle a cessé de l'être depuis dix ans.

La malade fait remonter à six mois l'apparition de ses premiers troubles digestifs; ceux-ci commencèrent par de la diarrhée, quelques coliques, mais jamais de constipation.

Du côté des reins, aucun trouble fonctionnel; pas d'hématurie. Les urines ont toujours été rendues en même quantité, sans changement de coloration.

C'est au mois d'avril dernier (trois mois après ces premiers troubles digestifs) que la malade remarqua pour la première fois la présence d'une tumeur abdominale pour laquelle elle se présente aujourd'hui à l'hôpital. Depuis cette époque, la malade a maigri, perdu l'appétit, des douleurs assez violentes se firent sentir dans le ventre, revenant périodiquement. Ces douleurs lancinantes nécessitèrent pendant plusieurs semaines des piqûres de morphine. D'abord spontanées, elles s'exagéraient toutes les fois que l'on procédait à un nouvel examen.

En outre, depuis un mois, les jambes sont devenues légèrement enflées, elles le sont encore le jour de l'entrée : l'urine ne renferme pas d'albumine.

L'examen de la tumeur abdominale nous permet de constater :

1° Que la tumeur est parfaitement fixée à gauche de la ligne médiane, à 12 centimètres au-dessous des dernières fausses côtes.

2° Qu'elle est très dure, d'une consistance presque cartilagineuse, légèrement mobile. On peut, en effet, la faire mouvoir un peu en la

saisissant à pleine main et en la reportant vers la colonne vertébrale. D'ailleurs, il ne peut y avoir de doute sur son siège, car nous sentons en appliquant la main à sa surface qu'elle est soulevée avec force par l'aorte placée derrière elle. Son volume est égal à peu près à celui d'une grosse orange.

Le toucher vaginal ne permet pas d'atteindre la tumeur qui est évidemment indépendante de l'utérus déjà petit, atrophié et très facilement mobile dans tous les sens.

L'examen de la tumeur devint bientôt si douloureux qu'il fallut y renoncer. Pourtant M. Ferrand put, à plusieurs reprises, nous faire constater l'existence de frottements péritonéaux très prononcés à la surface du néoplasme.

Pas d'ascite

La malade digère toujours difficilement et ne peut supporter d'autre aliment que le lait : *mais elle ne vomit jamais.*

28 juillet. La tumeur paraît augmenter, reste dure et douloureuse. Elle refoule à droite de la ligne médiane tout le paquet intestinal qui soulève la paroi abdominale et résonne à la percussion.

Le 30. L'état général est toujours mauvais : en outre, nous trouvons en auscultant le cœur deux bruits de souffle distincts, l'un très rude siégeant à la pointe et au premier temps ; l'autre parfaitement localisé à la base et au premier temps (rétrécissement aortique).

Dans la soirée, nous constatons un double hydrothorax avec épanchement abondant (souffle, matité, égophonie). En même temps que l'œdème de la jambe gauche *diminue* un peu, nous le voyons augmenter à la jambe droite (phlegmatia alba dolens). La circulation veineuse s'exagère du même côté.

5 août, Toute la jambe, la cuisse et le pied droit sont très enflés. Œdème blanc, lisse, indolent ; la circulation veineuse collatérale s'exagère encore.

La malade est baignée de sueurs, sa langue est un peu sèche.

2 injections de morphine dans les 24 heures.

1 injection d'éther — —

Le 6. La malade succombe vers six heures du matin.

Autopsie le 7.

Avant de procéder à l'ouverture de la cavité abdominale, nous renouvelons, en présence de M. Legroux, alors suppléant de M. Ferrand, l'examen de la tumeur : nous trouvons d'abord que celle-ci a notablement diminué de volume. Pendant la vie, elle était de la grosseur d'une orange. Actuellement elle ne dépasse pas le volume d'un abricot ; elle nous paraît aussi un peu plus mobile et se déplace facilement au delà de la colonne vertébrale.

A l'ouverture du ventre, nous constatons qu'il n'existe point d'ascite, mais ce qui nous frappe tout d'abord, c'est l'énorme dila-

tation de l'estomac par des gaz et des liquides et son abaissement considérable.

En effet, le grand diamètre transversal de l'estomac est devenu vertical et le pylore, au lieu d'être placé à droite de la ligne médiane, se trouve refoulé en bas et à gauche par suite des adhérences nombreuses et résistantes qui le maintiennent fixé à l'angle du côlon transverse et du côlon descendant devenu moniliforme. La dilatation stomacale vient encore exagérer cette déviation.

Les anses intestinales agglomérées autour du pylore sont formées par le côlon transverse et plusieurs anses de l'iléon. Toutes ces anses adhérentes au pylore sont étiraillées et atrophiées par les brides péritonéales qui se sont développées autour d'elles, et qui les rétrécissent sur plusieurs points à la fois.

Quant à l'orifice pylorique lui-même, après l'avoir dégagé de la masse adhérente des intestins, nous l'ouvrons sous l'eau et nous le trouvons complètement dégénéré, à peu près oblitéré par une série de noyaux cancéreux qui obstruent en partie le passage des liquides.

Le foie est très gras.

Les deux plèvres renferment du liquide, la plèvre gauche surtout.

Les veines saphène interne et fémorale du côté droit sont oblitérées par de gros caillots.

En résumé, nous voyons dans cette observation l'estomac complètement dévié de sa direction, devenu presque cortical, en sorte que le pylore cancéreux répondait à la moitié gauche de la cavité abdominale.

Il est également intéressant de constater l'absence complète de vomissements et de troubles fonctionnels, en dépit de l'obstacle presque absolu apporté par le cancer à la sortie des matières alimentaires.

Note sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Sousse et à Djerba, 1881-82,

Par le Dr R. Grenier.

(Communication à la Société clinique.)

Le plus grand nombre des auteurs admet aujourd'hui la contagion de la fièvre typhoïde. Cette opinion, qui s'appuie en particulier sur les épidémies des petites localités, a bénéficié du sens actuel du mot contagion, pris dans une acception beaucoup plus large depuis quelques années. C'est ainsi que M. Jaccoud définit la contagion, la transmission d'une maladie de l'homme malade à l'homme sain (1).

(1) Jaccoud. Path. int., t. II, p. 246.

M. L. Colin est encore plus précis : « Le terme contagion, dit-il, signifie aujourd'hui la transmissibilité d'un organisme à un autre, quelque soit le mode de transmission (1). » La fièvre typhoïde est donc contagieuse, mais si les cas, où l'arrivée d'un malade dans une localité a suffi pour faire apparaître une épidémie, sont nombreux et indéniables, il en est d'autres où les choses ne se passent pas ainsi. Ces cas exceptionnels ne prouvent certes rien contre la règle, mais ils ne doivent cependant pas être passés sous silence. C'est à cet ordre de faits qu'appartiennent les deux observations suivantes :

1° Le 11 septembre 1881, une colonne française débarquait à Sousse et l'occupait. Dès le 16, l'ambulance recevait des malades présentant les symptômes de la fièvre typhoïde, et le 24 un premier décès nous permit de vérifier le diagnostic par la nécropsie. Depuis ce jour jusqu'au 16 octobre, j'ai fait moi-même onze autopsies où j'ai pu constater chaque fois, en présence de M. le Dr Salomon, les lésions de la fièvre typhoïde, altération des plaques de Peyer, tuméfaction des ganglions mésentériques ; quant à l'augmentation de volume de la rate, vu notre installation un peu rudimentaire au début, je ne l'ai pas recherchée dans toutes mes autopsies, mais un peu plus tard elle a été constatée dans plusieurs examens faits par mes collègues et par moi.

Appelé fréquemment auprès des malades de toutes classes, je n'ai observé dans la population aucun cas de fièvre typhoïde. Mes informations à cet égard sont restées infructueuses et pourtant les habitants avaient l'attention éveillée et s'étaient émus, en présence du nombre de nos malades et des décès causés par l'épidémie.

2° Je suis arrivé le 2 novembre à Djerba, où était depuis le 30 septembre M. le Dr Ringeisen. Il y avait trouvé la fièvre typhoïde et elle sévissait encore avec violence. Les autopsies pratiquées par M. Ringeisen et celles que nous avons ensuite faites ensemble ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie. Lorsque je quittai Djerba à la fin de février, l'épidémie après avoir graduellement diminué se trouvait presque éteinte.

Là encore, la fièvre typhoïde est restée le triste privilège de nos soldats. Nous pouvons, en ce qui concerne Djerba, l'affirmer absolument, car le village d'Houmt-Souk, près duquel nous étions établis, est assez peu étendu pour permettre une investigation approfondie. Nos constatations personnelles et réitérées, et des informations faciles à contrôler, ont été sur ce point formellement négatives.

A Sousse comme à Djerba, nous avons donc été en présence d'une épidémie et d'une épidémie sérieuse de fièvre typhoïde. Or, je viens de le dire, ni à Sousse ni à Djerba, il n'y a eu dans la population un

(1) L. Colin. Traité des mal. épidém., p. 93.

seul cas de fièvre typhoïde. Et si le temps que j'ai passé à Sousse (50 jours) paraît trop court pour permettre une conclusion probante, il n'en est pas de même à Djerba, où notre observation porte sur environ six mois et où nous avons vu peu à peu la maladie s'éteindre sans qu'il y ait eu un cas de contagion.

Dans l'un et l'autre de ces postes cependant, nos soldats étaient en relations quotidiennes avec les habitants; dans l'un et l'autre les conditions d'existence et les habitudes de malpropreté des indigènes semblaient devoir pour ainsi dire appeler la contagion ; dans l'un et l'autre les immondices de toute nature accumulés autour de la ville, dans les rues et jusque dans les cours des maisons semblaient bien propres à la formation de foyers secondaires.

A Djerba, les habitants étaient en outre atteints d'une affection qu'ils nomment BOU-BERNOUS et qui d'après nos observations nous paraît analogue, sinon identique, à la fièvre rémittente d'été. Nous en rappelons à grands traits les principaux caractères, bien différents de ceux de la dothiénentérie et ne pouvant prêter à aucune équivoque : fièvre à type continu, rémissions matinales sans régularité, état saburral des voies digestives, quelquefois subictère, courbature très accentuée, pas de prostration, pas de gonflement de la rate, jamais de taches rosées lenticulaires; durée, trois à quatre septénaires; convalescence très courte, pronostic *toujours* favorable. C'est en un mot la fièvre dont Jacquot a parlé sous le nom de fièvre climatique (1), Scrive sous le nom de fièvre estivale (2) et M. L. Colin sous celui de fièvre rémittente d'été non palustre (3) en la citant comme une cause éminemment prédisposante de la dothiénentérie.

Si les faits de ce genre ne sont que des exceptions et ne lèsent en rien la règle établie, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ils nous remettent toutefois en mémoire les paroles prononcées par M. Besnier en 1877, et nous en prouvent une fois de plus la sagesse : « On ne saurait, disait-il, être trop réservé dans l'emploi du mot contagion alors que les sujets sont placés dans des conditions identiques. » C'est en effet ce qui semble résulter de nos deux observations, où les indigènes placés dans des conditions défectueuses mais non identiques à celles de nos soldats, ont échappé à la contagion.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. LE D[r] E. GUIBOUT.

Note sur un cas d'érysipèle de l'estomac.

La *France médicale* a publié dans un de ses derniers numéros, un cas d'érysipèle du tube digestif observé dans le service de M. le

(1) F. Jacquot. Ann. d'hygiène, 1858.
(2) Scrive. Recueil de méd. militaire, t. XVII.
(3) L. Colin. Loc. cit.

Dr Rendu. Nous croyons qu'il serait intéressant de mettre en regard un fait analogue qui vient de se présenter dans le service de M. le Dr Guibout, à l'hôpital Saint-Louis.

Une femme admise à la salle Henri IV pour une syphilide pustulo-crustacée de la face, fut, quelque temps après son entrée, atteinte d'un érysipèle qui débuta sur la joue gauche, au niveau d'une ulcération, et, de là, s'étendit à la totalité de la face et à une partie du cuir chevelu.

Bientôt la rougeur se propagea à la cavité buccale, puis au pharynx. La déglutition devint douloureuse, la malade eut des nausées et enfin des vomissements. En même temps elle accusa une sensation de brûlure le long de l'œsophage et une douleur assez vive au creux épigastrique. Cette douleur s'exaspérait sous la pression.

Ces divers phénomènes semblent établir que l'érysipèle avait gagné l'estomac.

Pendant cinq jours les vomissements furent incoercibles et ne furènt arrêtés que par l'ingestion de fragments de glace et l'application d'un vésicatoire au creux épigastrique.

Tout d'abord on aurait pu croire que les vomissements étaient dus à l'influence de l'érysipèle du cuir chevelu sur les méninges. Mais cette supposition fut promptement écartée par suite de l'absence complète de troubles cérébraux.

Tandis que l'érysipèle gagnait la muqueuse des voies digestives, il s'atténuait sur la face et finissait même par disparaître. Son action sur les syphilides avait été des plus heureuses : la cicatrisation des ulcérations était complète. Cette amélioration n'a pas persisté longtemps ; les lésions ont maintenant reparu et l'on a dû revenir au traitement antisyphilitique qui avait été supprimé pendant toute la durée de l'érysipèle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 *décembre* 1882. — *Présidence de* M. Labbé.

M. Terrier présente, de la part de M. Villeneuve, de Marseille, une note sur la dilatation de l'urèthre dans la fistule vésico-vaginale.

M. Trélat rappelle qu'il a présenté, il y a quinze jours, à la Société un malade atteint de polypes muqueux enflammés: il l'a opéré en lui faisant une résection partielle de la mâchoire supérieure.

M. Després, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Quentin, d'après la description qu'ont donnée les journaux de cette opération, a cru reconnaître une opération qu'il avait recommandée dès 1858 et dont il parle dans la thèse présentée à la Société de chirurgie en 1860.

M. Verneuil a 1873, dans une discussion à la Société de chirurgie à propos d'une réclamation formée par M. De Burns fils, en faveur de son père, avait déjà cité l'opération de M. Després.

Voici en quoi cette opération de M. Després consiste :

A partir de la ligne médiane, et de la sous-cloison, on fait partir une ligne qui contourne l'aile du nez, suit le sillon naso-jugal et s'arrête un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil. Puis par deux traits, l'un horizontal, l'autre vertical, on coupe le cartilage de la cloison, on enlève le vomer en le coupant au moyen d'une fine pince de Liston au niveau de son bord supérieur et de son bord inférieur, et enfin si on n'a pas assez de jour, à l'aide de la gouge ou du ciseau, on enlève une portion plus ou moins étendue de la paroi externe de la fosse nasale du même côté.

Cette opération, comme on le voit, diffère de la mienne, au point de vue de l'incision cutanée et au point de vue de la portion d'os que j'enlève. Du reste, j'ai donné mon operation comme applicable à un cas particulier et je ne voudrais pas l'ériger en méthode ; mais elle pourra servir dans des cas semblables.

M. Després rappelle qu'en 1874, il a présenté les pièces d'une femme opérée d'une exostose du sinus maxillaire et qui avait succombé à un abcès du cerveau consécutif à une otite suppurée ; il avait fait une résection partielle comme celle de M. Després, de Saint-Quentin ; l'incision externe seule en diffère; car elle suit le sillon géno-labial. L'opération est décrite dans la médecine opératoire de M. Guérin.

Opération de la cataracte. — Rapport. — *M. Terrier* lit un rapport sur une note envoyée par M. Galezowski intitulée : De la nécessité d'abandonner l'opération de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte, et de l'utilité de revenir à la méthode française dite de Daviel.

Le rapporteur intervertirait volontiers l'ordre des deux phrases, la taille d'un grand lambeau cornéen dispensant de faire l'iridectomie. Le rapporteur fait l'historique rapide.

L'iridectomie, d'après la méthode de von Græfe, est une nécessité opératoire. Après cet auteur, on a presque admis comme un article de foi la nécessité de l'iridectomie : il semblait que l'iridectomie fût antiphlogistique comme dans le glaucome, et qu'elle dût prévenir les inflammations.

La méthode de von Græfe a été modifiée ensuite par Critchett et Bowmann, et rejetée d'une façon absolue ou relative par Liebbreich, Warlomont, M. Perrin, de Wecker; on est plus ou moins revenu à la méthode de Daviel, M. Galezowski n'est venu qu'après ces auteurs.

Après avoir adopté comme une règle la méthode de von Græfe, qui devait seule donner des succès, l'auteur l'a perfectionnée de façon, dit-il, à avoir 100 pour 100 de succès dans sa clientèle de ville ; or,

maintenant il l'abandonne. Pourquoi ce brusque changement? A cause du succès que lui donne sa nouvelle méthode. Or, au congrès de Londres, il annonçait :

Cinq phlegmons de l'œil sur quatre-vingt-treize cas par sa précédente méthode, et dans une revue de la clinique de M. Galezowski, pour l'année 1880-1881, le chef de clinique, M. Despagnet, donne cinq phlegmons sur deux cent neuf cas. Comment concilier ces deux chiffres?

Dans le mémoire de M. Galezowski, on trouve sept cas d'iritis suppurative, malgré le spray et le pansement antiseptique, ce qui a lieu de surprendre, puisque le même auteur dit que ce moyen guérit les irido-kératites suppurées.

Or avant le spray, il n'accuse qu'un phlegmon de l'œil.

Le rapporteur reproche à l'auteur d'avoir donné une description trop succincte de son procédé opératoire.

Du reste le procédé n'est pas nouveau, puisqu'il est la répétition de celui de Denucé (de Vic) qui l'a fait et proposé en 1868; la seule différence c'est que la base du lambeau a 1/2 millimètre de moins.

Examinant les observations de M. Galezowski au nombre de 40, M. Terrier trouve cinq retards de cicatrisation au lieu de un signalé par M. Galezowski; sept iritis au lieu de quatre, quatre hernies de plus au lieu de deux, et enfin, deux fois une issue du corps vitré.

Le rapporteur ne croit pas qu'il faille revenir à la méthode ancienne pour abandonner celle de Warlomont, Liebbreich, M. Perrin.

M. Desprès fait observer que dans les discussion sur la cataracte qui ont eu lieu à la Société de chirurgie, il avait défendu contre la méthode de von Græfe, la méthode ancienne employée par Desmarres père et Nélaton : il constate qu'on revient un peu de l'enthousiasme qu'avait excité la méthode de von Græfe.

M. Terrier fait observer qu'il ne s'est prononcé ni pour ni contre la méthode de Græfe, et n'a fait qu'analyser et faire la critique de la note de M. Galezowski.

Calcul vésical. Taille latéralisée. Guérison. Rapport. — *M. Chauvel* lit un rapport sur cette observation envoyée par M. Cauvy, de Béziers.

Il s'agit d'un malade qui avait une contracture du col vésical, il fut examiné par un confrère qui ne put pas le sonder. M. Cauvy ne fut pas d'abord plus heureux ; après un traitement antispasmodique, il le sonda et ne trouva pas de calcul. Deux ans après, il revoit le malade présentant les mêmes symptômes, il finit par le sonder sous le chloroforme avec un cathéter Béniqué et trouva un calcul.

Sans avoir de notions sur le volume, la consistance du calcul, il fit la taille latéralisée et retira un calcul phosphatique ayant les inégalités et la forme d'une grosse noix.

Dès le sixième jour, le malade urinait par les voix naturelles.

M. Cauvy recommande, pour arrêter l'hémorrhagie veineuse, d'employer un moyen préconisé par le professeur Bouisson (de Montpellier), et qu'il regarde comme supérieur à la canule à chemise de Dupuytren. Il consiste à mettre à partir du méat une sonde en gomme dans le canal et à bourrer la plaie autour d'elle avec des bourdonnets de charpie. Le rapporteur ne voit pas la supériorité de ce moyen, qui complique inutilement l'opération, le trajet de l'urine est moins direct; du reste il y a un moyen bien plus simple, c'est l'emploi de la sonde à chemise en caoutchouc de M. Guyon.

Renouvellement du bureau pour l'année 1883.

Sont élus:

Président : M. Guéniot.

Vice-président : M. M. Sée.

1er *Secrétaire* : M. Périer.

2e — M. Lucas-Championnière.

Sont maintenus par acclamation:

Archiviste : M. Terrier.

Trésorier : M. Berger.

P. BAZY.

THÉRAPEUTIQUE

De la goutte.

J'entends déjà mes chers confrères s'écrier: Mais ce n'est pas une question nouvelle que vous allez traiter là. Eh! non, ce n'est pas une question nouvelle, mais je les engage néanmoins à me lire, car j'espère la traiter d'une façon autre que tout le monde, et les faire profiter de ma petite expérience et de mes longues recherches.

Qu'est-ce que la goutte? D'où vient-elle? Et existe-t-il un moyen de la faire disparaître?

Pour bien résoudre ces diverses questions il faut remonter à la source même de la vie, voir comment se décomposent les aliments que nous absorbons et comment se forment nos tissus.

Dans le travail de réorganisation qui s'opère en nous, la substance azotée s'oxyde pour de là être éliminée par les reins, la peau et les autres organes de la sécrétion. Le dernier terme de cette oxydation est l'urée qui, très soluble, s'élimine facilement et ne produit aucune obstruction tandis que l'avant-dernier, l'acide urique, est presque insoluble et parvient très difficilement à être éliminé par les organes naturels.

Dans les conditions normales de l'existence, l'acide urique se formant en très petite quantité parvient toujours à être éliminé, mais

si pour une cause quelconque la proportion de ce corps vient à augmenter, ou l'élimination à diminuer, on le voit s'accumuler dans les reins, les articulations, les muscles, le cœur, le sang, et produire la gravelle urique, la goutte, ou les divers accidents de la diathèse goutteuse.

On voit donc que l'acide urique est un véritable poison qui circule dans le sang qui s'y forme et peut s'y renouveler constamment. Une foule de causes peuvent contribuer à former une quantité surabondante d'acide et parmi les principales, une nourriture ou des boissons trop abondantes ou trop fortes qui consomment à leur profit et pour leur désassimilation une trop grande quantité des agents d'oxydation; une vie trop sédentaire qui réduit à une proportion insuffisante la quantité d'oxygène que nous respirons, des sécrétions insuffisantes qui empêchent l'élimination de l'acide urique et enfin l'hérédité qui transmet au fils des organes se prêtant mal à la combustion des substances azotées.

La goutte étant un véritable empoisonnement par l'acide urique on voit qu'il importe avant tout d'empêcher la formation de ce corps ou bien celui-ci étant déjà formé, le faire dissoudre et éliminer par les voies naturelles.

Examinons maintenant si les divers remèdes que l'on a employé jusque-là ont atteint le but.

D'abord il est un fait c'est que tous les spécifiques connus à ce jour renferment le colchique, l'éllébore ou la cévadille, or ces végétaux produisent sur le système nerveux et musculaire une violente irritation qui peut bien déplacer la goutte, mais ne la guérit jamais; aussi le savant professeur Trousseau a-t-il dit avec juste raison que l'on ne doit employer ces substances qu'avec la plus grande réserve, « sous peine de provoquer la rétrocession de la goutte sur les viscères ou de convertir la goutte aiguë en goutte chronique ». En outre le colchique, la cévadille, l'ellébore qui doivent leurs propriétés à la vératrine qu'elles contiennent en plus ou moins grande proportion provoquent une violente irritation intestinale qu'il n'est pas toujours facile de calmer et viennent greffer une nouvelle maladie, *la gastrite*, sur celle déjà existante et cela sans compensation. Le salicylate de soude que l'on a préconisé dans ces derniers temps produit une violente excitation du système cérébro-spinal et amène des congestions et la surdité et ce sans guérir la goutte.

On voit donc que le but poursuivi n'a nullement été atteint jusque-là. Etant goutteux moi-même et ayant essayé de tous ces remèdes sans résultat, j'ai dû faire des recherches et je crois avoir pleinement réussi, car je me suis radicalement guéri et avec moi une foule de malades, qui tous m'ont adressé des lettres de remerciements très élogieuses. Le produit que je présente à mes confrères, et que j'ai

dénommé *Liseronine* (1), est un agent d'oxydation puissant, il est d'une administration facile, et n'offre absolument aucun inconvénient; de plus il donne des résultats dès les premières cuillerées administrées. Je les engage donc vivement, dès qu'ils se trouveront en présence d'un goutteux ou d'un graveleux, à faire usage de la Liseronine, et je suis persuadé que comme moi ils n'obtiendront que des remerciements de leurs malades et pas un insuccès.

Ce produit se trouve dans la plupart des pharmacies et en particulier à la Pharmacie Normale, 19, rue Drouot, Paris.

Dr WILIAMS DAVYSONN.

NÉCROLOGIE

CORVISART (Lucien), né à Thonnelalong (Meuse), ancien médecin de Napoléon III, est mort subitement à Paris le 24 décembre, dans son domicile de l'avenue des Champs-Élysées, n° 71, dans sa cinquante-neuvième année.

Interne de la promotion de 1848 qui fournit les professeurs Potain, Axenfeld, Charcot, Trélat, Vulpian, Corvisart obtint la même année le prix Corvisart et fut décoré de la Légion d'honneur, comme garde national blessé aux Journées de Juin.

Neveu de Corvisart, à la mode de Bretagne, il soutint le 11 août 1852 sa thèse pour le doctorat (*De la contracture des extrémités ou tétanie*). A la proclamation du second Empire, il fut choisi comme un des médecins du chef de l'État.

Ses principaux travaux ont porté sur les fonctions digestives. Ce sont les suivants :

Recherches ayant pour but d'administrer aux malades qui ne digèrent point des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux. (Acad. des sc., 1852.)

Etude sur les aliments et les nutriments. (Union méd., 1854.)

Dyspepsie et consomption (1854).

Sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés. (Gaz. hebd., 1857-1858.)

Vomissements incoercibles de la grossesse (1860).

Sur l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif. (Gaz. hebd., 1862.)

Deux lettres à M. Petrequin sur les lactates alcalins. (Ib., 1862.)

Corvisart était resté attaché à la famille déchue qu'il avait suivie en Angleterre. Il venait chaque année passer quelques semaines à Paris, et c'est pendant un de ses séjours qu'il a succombé.

Il était officier de la Légion d'honneur.

A. C.

---

(1) Du nom d'un liseron qui forme la base principale de ce remède et que j'ai vu employer avec succès par les paysans du Caucase, lors d'un voyage scientifique que je fis dans ces contrées, il y a quelques années.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 1er au 6 janvier 1882). — *Jeudi* 4. — Doctorat, 1er (dissection): MM. Richet, Sappey et Humbert. (*Epreuve pratique.* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Laboulbène, Duguet et Debove. — 3e (nouveau régime, 2e partie, pathologie interne et pathologie générale): MM. Peter, Fernet et Raymond.

Vendredi 5. — Doctorat, 3e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Béclard, Hayem et Ch. Richet. — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie): MM. Vulpian, Charcot Cadiat. — 3e (ancien régime): MM. Regnauld, Henninger et Bocquillon. — 3e (ancien régime): MM. Baillon, Gariel et Hanriot. — 5e (Charité): MM. Depaul, Parrot et Reclus. — 5e (Charité): MM. Duplay, Damaschino et Pinard. — 5e (Charité): MM. Verneuil, Potain et Budin.

Samedi 6. — Doctorat, 2e (médecine opératoire): MM. Le Fort, Panas et Bouilly. — 4e: MM. Brouardel Duguet et Hallopeau. — 5e (Charité, nouveau régime, 2e partie, clinique interne et épreuve d'anatomie pathologique): MM. Hardy, Ball et Joffroy. — 5e (Charité): MM. Richet, Peter et Charpentier. — 5e (Charité): MM. Pajot, Fernet et Berger.

Samedi 6. — 5e examen, à 4 heures (salle des thèses), Composition écrite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour l'agrégation.* — Voici quels sont les sujets des thèses à soutenir par les candidats :

Leroy. — Sclérodermie.

Dreyfous. — Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré.

Schmitt. — De la tuberculose expérimentale.

Du Castel. — Des diverses espèces de purpura.

Bard. — Accidents pernicieux d'origine palustre.

Baumel. — Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets.

Hanot. — Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose.

Robin. — Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif.

Hutinel. — Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde.

Blaise. — Etat actuel de la science sur l'hérédité syphilitique.

Clément. — De la médication purgative.

Artigalas. — Des asphyxies toxiques.

Letulle. — Troubles fonctionnels du pneumo-gastrique.

Dreyfus-Brissac. — De l'asphyxie non toxique.

Quinquaud. — De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire.

Ces thèses devront être remises le 31 janvier.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 20 décembre 1882, a été nommé, dans le cadre du corps de santé militaire:

1° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* M. Ramonnet (François-Marie-Auguste).

La SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS a procédé jeudi 28 au renouvellement de son bureau pour les années 1883 et 1884. Ont été élus : président : M. le professeur Ball ; vice-présidents : MM. Dieulafoy et Nicaise ; secrétaire général : M. Bottentuit ; secrétaires des séances : MM. Chauffard et Thibierge ; Trésorier : M. Carrière ; archiviste : M. Labadie-Lagrave.

AVIS. — Nos abonnés recevront, avec le premier numéro du mois de janvier, la table des matières du second volume de l'année 1882.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

RÉGIE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

PARIS, DEPARTEMENTS ET ETRANGER

BUREAUX ET ADMINISTRATION : 6, rue Gît-le-Cœur, PARIS.

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1882. — TOME II

LA FRANCE MÉDICALE

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1882 — Tome II

A

B

C

D

N

O

P

U

V

Y

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.
A. DAVY, successeur.

from

ord below m

